Google

This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/

Google

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter http://books.google.com durchsuchen.

No. .....

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,

19 BOYLSTON PLACE.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Leipzig,

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel.

1890.

CATALOGUED,
M. J.
Feb. 1. 1891

Originalmittheilungen.

Abegg, Die geburtshilflichen Operationen der Hebammen. p. 313.
Abel, »Eigenartige« interstitielle Endometritis oder sarkomatöse Degeneration der Uterusschleimhaut. p. 673.
—— Sarcoma Endometrii und Stückchendiagnose. p. 845.
Ahlfeld, Die geburtshilflichen Operationen in der Hebammenpraxis. p. 257.
—— 118 Fälle von Einleitung der künstlichen Frühgeburt. p. 529.
Althen, Schwangerschaft in beiden Uteris bei Duplicität der Genitalien. (Uterus septus duplex et vagina duplex.) p. 711.
Amann, Einige Versuche mit dem elektrischen Schröpfkopf. p. 761.
Apostoli, Über die Wirkung des positiven Pols des konstanten galvanischen Stromes auf die Mikroorganismen und besonders auf die Milzbrandbacillen. p. 428.
Baas, Ein Fall von Vaginismus. p. 728.
Balin, Ein Fall von »Missed abortion«. p. 237.
Bársony, Inversio uteri. p. 500.
Bereczeller, Vaginalobturator à double courant zu heißen Ausspülungen der Scheide. p. 193.
Betz, Federndes Plattenspeculum. p. 929.
Beldt, Retroflektirter Uterus gravidus, Ovarialkystom vortäuschend. Laparotomie. Tod. p. 62.
Berjakowski, Eine neue Geburtszange. p. 176.
Brosin, Äußere Wendung beim zweiten Zwilling. p. 641.
Colla, Nabelschnurbruch mit Lebermissbildung. p. 380.
Delbastaille, Ein zweitheiliges Röhrenspeculum (Speculum à glissières). p. 324.
Döderlein, Resorbirbares Chromsäurekatgut. p. 534.
Dohrn, 100 Ovariotomien aus der Königsberger Frauenklinik. p. 137.
—— Ein Fall von Nierenexstirpation bei einem 3jährigen Kinde. p. 273.
Dührssen, Über die Heilung des Cervixrisses durch Lappenspaltung. p. 57.
Eisenhart, Sublimatintoxikation (per os) mit günstigem Ausgang. p. 897.
Falk, Über uterine Antrophore. p. 585.
Feinberg, Zwei Fälle von idiopathischem Pruritus universalis sub partu. p. 105.
Fehling, Zur Frage der Therapie bei Osteomalacie. p. 73.
—— Einige Bemerkungen zur Ätiologie der Myome und zur Methode der Myomotomie. p. 513.
Flesch, Tödliche Lungenblutung während der Menstruation. p. 657.
Fränkel, Spätrecidiv eines Portiocancroïds nach 8 Jahren. p. 801.
Freund, H. W., Der elektrische Schröpfkopf. Ein Apparat zur Erregung von Wehen. p. 460.
Fritsch, Sterilisationstopf für das Operationszimmer, nebst einigen Bemerkungen zur Desinfektion in der Klinik. p. 154.
—— Kanüle zur lokalen Behandlung der weiblichen Harnröhre. p. 157.
—— Noch einmal die Vereinfachung des Kaiserschnittes. p. 227.
—— Die Resultate der aseptischen Laparotomien. p. 515.
Frommel, Über operative Behandlung des retroflektirten Uterus. p. 94.
Gautier, Über die intra-uterine Therapie der Fibrome des Uterus. p. 625.

*

Giglio, Über den Übergang der mikroskopischen Organismen des Typhus von der Mutter zum Fötus. p. 819.
Glöckner, Beitrag zur Athmung abortiver Früchte. p. 1.
Gottschalk, Über den Einfluss der Influenza auf Erkrankung der weiblichen Genitalien. p. 41.
—— Zur Nachbehandlung der vaginalen Uterusexstirpation. p. 443.
v. Grünwaldt, Eine Modifikation der Dammoperation nach Lawson Tait. p. 545.
Häberlin, Schwangerschaft mit Morbus Basedowii. Vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta. p. 457.
Hager, Ausschälung eines subserösen Ovarialkystoms von ungewöhnlicher Größe. p. 4.
Heydrich, Eine seltene Verletzung des Kindes bei der Geburt. p. 109.
Himmelfarb, Zur Kasuistik der Scheidenverletzungen durch den Coitus. p. 395.
Hofmeier, Sarkoma Endometrii und Stückchendiagnose. p. 721.
—— Bemerkungen zu den drei vorstehenden Artikeln. p. 850.
Holowko, Zur Frage über Lebensfähigkeit sehr kleiner, zu früh geborener Kinder. p. 235.
Huzarski, Beitrag zur Behandlung schwerer Anämie vermittels subkutaner Kochsalzinfusion. p. 498.
Jaffé, Ein Fall von abnorm langer Dauer der Schwangerschaft. p. 74.
Kaschkaroff, Über einen glücklich ausgeführten Kaiserschnitt. p. 275.
—— Über einen erfolgreichen Fall von Laparotomie bei außergewöhnlich groß entwickelter Nierencyste, entstanden durch Pyelonephritis der rechten Niere. p. 302.
Kelterborn, Versuche über die Entstehungsbedingungen peritonealer Adhäsionen nach Laparotomien. p. 913.
Kocks, Über die künstliche Inversio uteri bei Post-partum-Blutungen und die intrauterine Knotung der Uterusnaht bei der Sectio caesarea. p. 353.
—— Zur Therapie der chronischen totalen Uterusinversion. p. 658.
Küstner, Eine einfache Methode, auf exakte Weise die Beckenneigung zu messen. p. 377.
—— Die einfache gerade Röhre als Katheter für die weibliche Harnblase. p. 416.
—— Bedingen Brandschorfe in der Bauchhöhle Adhäsionen? p. 425.
—— Über die durch Tumoren erzeugte Achsendrehung des Uterus. p. 785.
Landau, L., Zur mikroskopischen Diagnose des Gebärmutterkrebses. p. 675.
—— Klinische Beobachtung und mikroskopische Diagnose. p. 841.
—— **Th.,** siehe Abel. p. 673.
—— siehe Abel. p. 845.
Laquerrière, siehe Apostoli. p. 428.
Leopold, Über Beckenhochlagerung bei Laparotomien. p. 745.
Lesser, Statistisches zur Beurtheilung der Stichhaltigkeit der Lungen- und der Magen-Darm-Probe. p. 601.
Lihotzky, Zur Kasuistik der Fremdkörper der Harnblase. p. 446.
Löbel, Ein Fall von Purpura bei eintretendem Klimakterium. p. 121.
Mermann, Weitere 200 Geburten ohne innere Desinfektion. p. 316.
Meyer, Die Schultze'schen Schwingungen bei Verletzungen des Kindes. p. 153.
Michnow, Beitrag zur Diagnose der Salpingo-Oophoritis. p. 563.
Müller, Beobachtungen über den Einfluss der Influenza auf den weiblichen Sexualapparat. p. 297.
Noeggerath, Behandlung mit dem konstanten Strome in der Gynäkologie. p. 480.
Popow, Zur Frage über die Veränderungen der Ovarien bei Fibromyoma uteri. p. 881.
Präger, Zur Ventrofixatio uteri. p. 278.
—— Eine Leibbinde aus plastischem Filz. p. 788.
Quetsch, Selbsthaltende Uteruszange. p. 42.
Rein, Zur Asepsis bei Laparotomien. p. 139.
Rheinstädter, Primärer Pyokolpos und Pyometra bei einem 13jährigen Kinde. p. 142.
Rösger, Isolirter Vorfall der Nabelschnur bei Zwillingsgeburt und doppelter Querlage der Früchte. p. 393.
Rühl, Bemerkungen über die Schücking'sche Methode der vaginalen Fixation des Uterus bei Retroflexio und Prolapsus uteri. p. 916.
Rüter, Masern in der Schwangerschaft. p. 445.
Sack, Zur Therapie und Ätiologie der Placenta praevia. p. 765.
Sänger, Kaiserschnittfragen. p. 169. 194. 213.
—— Zur Radikaloperation großer, nicht eingeklemmter Nabelbrüche. p. 473.

Sapeschko, Plan eines aseptischen Operationssaales. p. 705.
Saulmann, Die Behandlung mit dem konstanten Strome in der Gynäkologie. p. 337.
—— Erwiederung auf die Bemerkungen des Herrn Noeggerath in No. 27 d. Bl., betreffend meinen Vortrag über die Behandlung mit dem konstanten Strome in der Gynäkologie (No. 19 d. Bl.). p. 561.
Schrader, Die intra-uterinen Ätzungen bei Endometritis. p. 260.
—— Über die operativen Befugnisse der preußischen Hebammen. p. 693.
Schücking, Bemerkungen über die Methode der vaginalen Fixation bei Retroflexio und Prolapsus uteri. p. 123.
—— Die tiefe Umschneidung der Portio vaginalis. p. 180.
—— Ein Sterilisirungsraum. p. 865.
Schultze, Athembewegung und Herzaktion asphyktischer Früchte. Einfluss künstlicher Athmung auf die Cirkulation. p. 89.
Sippel, Kastration bei Osteomalacie. p. 584.
Stolipinsky, Zur Technik der Operation des Kaiserschnittes. p. 626.
Stratz, Operative Vorschläge. p. 233.
v. Stryk, Die intra-uterinen Ätzungen bei Endometritis. p. 430.
Sutugin, Zur Kasuistik der operativen Behandlung der Peritonealpapillome. p. 409.
Tampke, Zwei Fälle von Retroflexio uteri, geheilt durch vaginale Fixation nach Schücking. p. 126.
Tannen, Eine neue, zusammenlegbare Sims'sche Rinne mit Hebelverschluss. p. 441.
Teuffel, Zur Kasuistik der Scheidenverletzungen. p. 610.
Uter, Myomotomie nach erfolgloser galvanischer Behandlung. Eigenthümliche Veränderungen der Geschwulst, der Uterusschleimhaut und der Eierstöcke. p. 209.
Vierow, Zur mechanischen Behandlung der Dysmenorrhoe bei Anteflexio uteri nach Thure Brandt. p. 930.
Walcher, Die Tamponade der Bauchhöhle. p. 817.
Waldeyer, Zusatz zu vorstehendem Artikel. p. 849.
Wolfner, Die einfache, gerade Röhre als Katheter für die weibliche Harnblase. p. 359.
Zweifel, Ein Fall von Osteomalacie, modificirter Porro-Kaiserschnitt, geheilt. p. 25.
—— Beiträge zur Lehre vom Geburtsmechanismus unter Demonstration von Gefrierdurchschnitten durch den Körper einer Hochschwangeren. p. 577.
—— Über die Vaginalfixatio uteri oder die Schücking'sche Vaginalligatur. p. 689.

Namenverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen.)

Abbott 520. 833.
Abegg 313*.
Abel 673*. 845*.
Achard 793*.
Adam 455.
Adams 54.
Ahlfeld 113. 257*. 529*.
Aleksenko 392.
Alexander 872.
Allwright 96.
Althen 711*.
Altmann 103. 400.
Aly 81. 82.
Amann 31. 32. 759. 761*.
Amon 19.
Andrews 630.
Angelini 422.
Annandale 895.
Annell 450.
Antona 387.
Apostoli 428*.
Ardouin 677.
Arendt 510.
Arndt 777.
Arnott 424.
Asch 152. 791.
Aschby 254.
Ashton 653.
Atthill 364.
Audry 840.
Augé 451.
Auvard 9. 165. 238. 272. 376. 504. 840.
Axmann 665.

Baacke 651.
Baas 728*.
Baldy 494. 862. 879.
Balin 237*.
Balls-Headley 69. 896. 940.
Banks 836.
Bantock 860.
Bar 21. 44. 391.
Bardenheuer 756.
Bársony 500*. 910. 940.
Barth 752.
Beaucamp 799.
Beck 50. 470.
Belaew 451.
Benicke 165.
Berczeller 193*. 335.
Berg 469.
Bergh 102. 115.
Bergstrand 232.
Berlin 86.
Bernays 739. 879.
Bernheim 399.
Betz 929.
Bitter 888.
Black 560.
Blagowestschensky 671.
Blanc 24. 63. 622. 894.
Böckel 373.
Bockendahl 573.
Bode 272.
Bogdan 452.
Boisleux 166. 909.
Bokelmann 242.
Bokström 720. 742.
Boldt 62*. 64. 252. 254, 270. 833. 873. 920.
Boll 447.
Bonnant 720.
Bood 390.
Borjakowski 176*.
Börner 622.
Bottez 941.
Bousquet 68.
Boveri 47.
Boxall 666. 668.
Bozeman 8.
Braun 51. 52. 115. 248. 309. 623. 857.
Brennecke 283.
Bröse 471. 890.
Brosin 13. 68. 642*.
Brunner 307.
Bruttan 271.
Buchner 159.
Buckmaster 833.
Budin 7. 373.
Bukowski 638.
Bulius 118.
Bumm 549.
Bunge 465.
Butte 493.
Byford 192. 860.
Byrne 253. 521. 835.

Carpenter 33.
Carry 96.
Casper 777.
Chabalier 656.
Chadwick 255.
Chaintre 875.
Chambers 835. 942.
Chambrelent 149.
Championnière 463. 742.
Chanteloube 434.
Charles 437. 560. 864.
Charpentier 493.
Chartier 113.
Chassagny 439.
Chazan 806.
Chopard 167.
Christian 35.
Chroback 857. 858.
Claiborne 595.
Clarke 704.
Clemenz 143.
Cleveland 269. 835. 836.
Cloker 777.
Coats 438.
Coe 252. 270. 680. 681. 744. 834. 835. 872.
Coen 704.
Cohnstein 231. 871.
Colla 380*.
Colman 595.
Cook 97.
Coopman 894.
Courmont 656.

Crimail 116.
Czerey 928.
Cullingworth 18.
Czempin 244.
Czerny 325. 559.

Davison 382.
Deis 47. 296.
Delbastaille 324*.
Delbet 749.
Delmis 938.
Dentu 310. 311.
Deroubaix 520.
Desguin 251.
Desmos 311.
Desprès 666.
Dickinson 418. 937.
Diescher 405.
Diffre 805.
Dirner 88.
Diruka 594.
Dittel 248. 859.
Dobcynski 650.
Döderlein 129. 534*. 553. 620.
Dohrn 137* 273*. 447. 448.
Dolèris 128. 151.
Dollinger 856.
Donat 131. 526.
Doran 669. 876. 879.
Doyen 374.
Drzymalik 512.
Dudley 70. 252. 269. 681. 682. 832. 835.
Dufournier 863.
Dührssen 57*. 147. 160. 161. 245. 548. 777.
Duke 437.
Dumontpallier 373. 422.
Dumoret 77.
Duncan 669.
Durieux 438.
Dyer 390.

Easmon 632.
Eberhart 146.
Eckerlein 825.
Edebohls 778.
Edward 85.
Edwards 136.
Ehrendorfer 270. 651.
Eisenberg 511.
Eisenhart 807. 839. 897*.
Ellison 72.
Engelmann 254. 737. 768. 778.
Engert 30.
Engström 743.
Escherich 926.
Essers 22.
Eustache 167.
Everke 777. 788.

Falk 585*.
Fanton 800.
Faure-Miller 864.
Favre 804.
Fehling 73*. 484. 513*. 900.
Feinberg 105*.
Felcki 89.
Feleki 231.
Fellner 640.
Felsenreich 375. 816. 857. 912.
Ferguson 653.
Fernandez 863.
Flaischlen 13. 98. 99. 333. 365. 758. 814. 891.
Fleetwood 422.
Flesch 657*.
Flothmann 831.
Fournie 939.
Fournier 435.
Fowler 668.
Frank 244. 423. 438. 465. 814. 941.
Fränkel 206. 263. 680. 801*.
Fresnay 751.
Freund, W. 32. 432. 460*. 645.
Fritsch 154*. 157*. 227*. 434. 515*.
Frommel 94*. 738. 836.
Fruitnight 252. 832.
Fry 333. 631. 760.
Fuloschi 720.
Fürst 795.

Garrigues 253. 269.
Gaudard 434.
Gautier 625*. 869.
Gayet 505.
Gebhard 204.
Gehrung 146. 254.
Geijl 327.
Gersuny 308.
Giglio 819*.
Gilliam 875.
Girdlestone 119.
Gläveke 148.
Glöckner 1*. 729.
Goelet 870. 937.
Goffe 832.
Goodell 739.
Gördes 813.
Gordon 254.
Gossmann 646.
Gottschalk 12. 41*. 204. 335. 443.
Goullet 624.
Goullioud 311. 670.
Gräfe 160. 640.
Grammatikati 249.
Grandmaison 936.
Grapow 731. 735. 736.
Gray 589. 657.
Grenser 186.
Grönlund 388.
Grünfeld 640.
Grünwaldt 545*.
Guéniot 374. 780.
Gundelach 860.
Guttmann 684.
Guzzoni 489.
Guzzoni degli Ancarani 703. 719.

Häberlin 458*. 559.
Hadra 72. 713.
Hagedorn 416.
Hager 4*.
Hagner 453.
Hall 760.
Hamaker 687.
Handfield-Jones 909.
Hanks 269. 681. 683.
Harris 877.
Hart 391. 654. 910. 937.
Hartmann 860.
Hasse 853.
Hauc 55.
Hauer 826.
Hausen 595. 596.
Haviland 208.
Haynes 39.
Hazslinszky 884.
Hegar 629.
Heinricius 116. 376. 383. 385.
Helme 613.
Hennig 346. 522. 555.
Henske 942.
Heppenheimer 191.
Herff 33. 471.
Hergott 702.
Herman 624. 668. 669.
Hermann 435.
Hertzsch 648. 780.
Hervieux 456.
Herzfeld 783. 784. 857. 868.
Heustis 488.
Heyder 208. 344.
Heydrich 109*.
Himmelfarb 395*.
Hirst 878.
Hochenegg 35. 37.
Höchstenbach 911.
Hochstetter 621.
Hoeven 87.
Hoffa 118.
Hofmeier 284. 721*. 850*.
Holme 387.
Holowko 235.
Horlacher 684.
Huff 455.
Huzarski 498*.

Illoway 457.
Ingerslew 598.
Issmer 699.

Jackson 253. 334. 687. 739. 781.
Jacobi 343.
Jacobus 252.

Jacquinot 893.
Jaffé 15. 74*.
Jahoda 857.
Jamin 136.
Janvrin 269.
Jeannel 685.
Jentzer 24.
Joboulay 637.
Johnson 18.
Jones 495. 611.
Jordán 33.

Kahlden 78.
Kalabin 54.
Kaltenbach 117. 892.
Kaschkaroff 275*. 302*. 889.
Kaufmann 206.
Kehrer 867.
Keller 729. 854.
Kelley 942.
Kelterborn 913*.
Kidd 637.
Kiderlen 81. 632. 633.
King 44. 80.
Klein 336. 472. 824.
Kleinwächter 664. 784.
Klotz 267.
Koch 384.
Kocher 740.
Kocks 353*. 658*. 808. 874.
Köhler 50. 856.
Koller 455.
Kollock 254.
Koplik 39.
Korányi 730.
Kortüm 589.
Kotelanski 54.
Köttnitz 144.
Kramer 471.
Krassowsky 939.
Krause 883.
Kreuzmann 190.
Kronacher 184.
Krönlein 876.
Krug 191. 836. 863.
Krukenberg 506.
Kruse 471.
Kufferath 670.
Kulmow 867.
Kümmel 81.
Kümmell 734. 752. 775.
Kummer 191.
Kuppenheim 19.
Küstner 377*. 416*. 425*. 512. 565. 785*. 941.
Kuthé 68.

Lacour 655.
Lamy 385.
Landau, L. 33. 675*. 841*.
Landau, Th. 673*. 748. 845*.
Lande 79.
Landerer 552.
Lang 777.
Lancester 863.
Lannelongue 793.
Laquerrière 428*.
La Torre 167.
Laufenauer 335.
Laurencin 407.
Lazarus 677.
Lecorche 576.
Leopold 150. 185. 231. 573. 594. 715. 745*.
Leriche 875.
Leskine 922.
Lesser 601*.
Levy 597.
Lewy 163.
Libon 744.
Liebmann 928.
Liebrecht 152.
Ligterink 84.
Lihotzky 50. 446*.
Lindfors 115.
Linhart 488.
Löbel 121*.
Löhlein 493.
Lomer 81. 82. 634. 636. 757. 774. 775.
Loriot 70.
Louvain 250.
Loviot 437.
Lucas Championnière 312.

Macan 877.
Macphatter 920.
Madden 29. 520. 739.
Maigrier 941.
Makawejew 250.
Malins 687.
Manchoit 640.
Mandelstamm 96.
Manton 49. 877.
Marcy 333.
Margoulieff 433.
Marocco 232.
Mars 944.
Marsh 653.
Marshall 886.
Martin, A. 67. 205. 382. 542. 665. 797.
Martin, F. 188.
Massen 924.
Mattersdorf 893.
Mauriac 552.
Maury 776.
McLaren 418.
McLean 252. 782. 833.
McMordie 488.
McMurtry 861. 870.
Menaughton 70.
Meinert 388.
Meisel 9.
Mendes de Léon 10. 292.
Mennig 614. 616.
Mermann 316*.
Merz 936.
Metzges 837.
Mey, van der 70. 887.
Meyer 153*. 436. 895.
Michnow 563*. 925.
Mijnlieff, 671. 880.
Millbank 743.
Miller 390. 454. 496.
Misrachi 489.
Mitchell 88.
Mochnatscheff 767.
Mollière 638.
Monod 311.
Montgomery 758.
Moravcsik 495.
Morison 87.
Morrill 834.
Moulin 670.
Müller 297*. 688. 928.
Münchmeyer 186. 207. 572. 594. 838. 911.
Mundé 40. 84. 253. 388. 862.
Muret 874. 875.
Murray 269. 342. 743.

Nagel 80. 112. 126.
Napier 398.
Nath 772.
Naumann 742. 743.
Nebel 652.
Negri 701. 704.
Nerlinger 334.
Neugebauer 838.
Nijhoff 20. 86. 120.
Nitot 168.
Noble 504.
Nöggerath 480*.
Northrup 744.

Obermann 493.
O'Callaghan 743.
Odebrecht 118. 165. 891.
Olivier 389.
Olshausen 67. 205. 505. 536. 788.
Orthmann 244. 737. 798.
Ott 686. 799. 925. 939.

Paillotte 878.
Pantzer 572. 594.
Parish 334.
Park 455.
Parvin 862.
Paschen 16.
Pawlík 22.
Penrose 869.
Perry 252.
Peters 856.
Petitpierre 770.
Pfannenstiel 899.
Phillips 669.
Pic 85.
Pichevin 494. 551. 713. 936.
Picqué 311. 744.
Piering 782.

Pinard 101. 135. 151. 373.
Pingat 504.
Pinzani 644. 645. 703.
Piskaček 921.
Poirier 827.
Polaillon 374. 408. 422.
Polk 254. 872.
Pollacsek 408.
Pomorski 472.
Popow 249. 881*. 940.
Potherat 876.
Poupinel 559.
Pozzi 935.
Präger 278*. 788*.
Pratt 878.
Predöhl 241. 716.
Prentiss 760.
Price 744. 869.
Prinzing 437.
Prochownick 769.
Prokofjewa 925.
Pryor 834. 835.
Puech 800.
Pugliatti 504.

Quetsch 42*.
Quisling 312.

Raciborski 923.
Rakejew 935.
Ramdohr 681.
Rapport 664.
Räther 53. 616. 736. 776.
Raudnitz 418.
Reboul 103.
Reed 576.
Rein 139*.
Reinl 117.
Remy 19.
Rendu 740.
Renoy 496.
Retterer 489.
Reynier 713.
Rheinstädter 142.
Richardson 22.
Richelot 311.
Riedinger 943.
Riegel 678.
Robertson 655.
Robinson 111.
Roger 551.
Rollet 910.
Rollin 362.
Roncaglia 240.
Roosenburg 189.
Rosenblath 267.
Rösger 393*. 587.
Rosthorn 336.
Rotter 879.
Routh 781.
Routier 840.
Roux 116. 751.
Rowan 389.
Ruge 98. 402. 466. 539. 541. 798. 837.
Ruggi 69.
Rühl 916*.
Runge 859.
Rupprecht 590.
Russ 839.
Rüter 445*.
Ryau 656. 895.
Rydygier 283.

Sabatier 654.
Sabolotsky 939.
Sack 765*.
Saint-Moulin 188. 251.
Sajaïzky 250.
Sajous 386.
Samschin 208. 431.
Sanchez Toledo 127.
Sänger 131. 133. 169*. 194*. 213*. 345. 349. 352. 473*. 490. 522. 557. 558. 618. 620.
Sapeschko 705.
Satonski 327.
Saulmann 251. 337*. 561*.
Saurenhaus 163. 243. 330. 365. 550. 797.
Sawyer 254.
Schabbel 296.
Schäffer 71. 99.
Schapps 49.
Schauta 838.
Schlumberger 39.
Schmalfuß 118.
Schmall 190.
Schmidt 651.
Schmidt-Rimpler 749.
Schmitt 150.
Schnell 116.
Schrader 260. 431. 693*. 753. 859.
Schramm 185. 247. 593.
Schröder 389.
Schröter 650.
Schücking 123*. 180*. 554. 865*.
Schultze 89*.
Schurig 247.
Schütz 617. 618. 716. 733. 736.
Schweiger 46.
Schwartz 912.
Secheyron 9. 18.
Seeligmann 334.
Seymour 922.
Shaw 668.
Silex 503.
Sims 252. 452.
Sippel 584*.
Sisman 894.
Skene 269.
Skutsch 672. 815.
Smigrodsky 940.
Smital 927.
Smith 97. 111. 496. 739. 924.
Smyly 684.
Söderbaum 102.
Södermark 102.
Sonntag 118.
Sotschawa 19.
Späth 334. 336. 769.
Stah 117.
Steffeck 586.
Steinschneider 769.
Steward 631.
Stewart 333.
Stilling 855.
Stoker 454. 684.
Stolipinsky 626*.
Strack 52.
Strassmann 837.
Stratz 233*. 295. 717. 719. 733.
Straub 11. 127.
Stryk 430*.
Stschetkin 939.
Sutugin 181. 409*. 859.
Święcicki 896.
Symington 938.
Szabó 119. 363. 700.

Tait 265.
Talbot 269.
Tampke 126*.
Tannen 441*.
Tarnier 374. 424. 454. 688.
Tauffer 64.
Taylor 88. 420. 780. 860.
Temesváry 464. 486.
Terrillon 311. 372. 373. 419. 421. 559. 671. 926.
Teuffel 610*. 799.
Thiéry 672.
Thiriar 312.
Thomas 190.
Thomen 771.
Thomson 77. 503.
Thorn 453.
Tilanus 158. 183.
Tillaux 885.
Tillmann 102.
Tischendorf 490. 521.
Torggler 101.
Towan 208.
Townsend 776.
Tracou 76.
Trélat 909. 910.
Trendelenburg 306. 371.
Treub 11. 20.
Troisier 453.
Trossat 637.
Truzzi 519. 644. 718.
Tuffier 45. 311. 686.
Tuttle 252. 270. 833.
Tuxen 388.

Ullmann 783.
Ungar 399.
Unge 720.
Unger 527.
Uter 209.

Valenta 880.
Vanderveer 612. 862.
Varnier 686.
Vávra 23. 56.
Vedeler 469.
Veit 66. 135. 285. 506. 792.
Veith 143.
Velits 401. 472.
Venn 438.
Verchère 663.
Vierow 930*.
Vilcoq 423.
Villar 910.
Vincent 72.
Vossius 895.
Vowinckel 330.

Wagner 632.
Waibel 680.
Walcher 817*.
Waldeyer 849*.
Waldo 681. 833. 835.
Waldy 600.
Wallich 116.
Waterhouse 663.
Wathen 146. 760. 927.
Weeks 49.
Weerd 103.
Weill 424.
Weissgerber 424.
Werder 71.
Werner 777.
Wertheimer 927.
Westermark 450.
Wetherby 104.
Wicke 782.
Widal 64.
Wiedow 118.
Wiercinsky 249.
Wiesel 810.
Wilhelmi 282.
Wilson 612.
Winckel 30. 678.
Winter 14. 507.
Witthauer 271.
Wölfler 38.
Wolfner 359*.
Wosdwischenski 181.
Wright 390.
Wyder 798. 910.
Wylie 85. 252. 253. 269.

Zakrzewski 853.
Zerrath 651.
Ziegenspeck 732.
Zinsmeister 51.
Zuckerkandl 38.
Zweifel 25*. 526. 553. 555. 577*. 689*. 794.

Sachverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen.)

Abdominalgeschwulstdiagnose 206.
Abhandlungen, geburtshilfliche 7.
Abort 398.
Abortbehandlung 30. 86. 719. 840.
— habitueller 390.
— künstlicher 309. 776.
Abscesseiter 909.
Acephalus globulus 269.
Achsendrehung des Uterus 785*.
Adenoma glandul. Bartholini 704.
— mammae 909.
— suprarenale 592.
— uteri 891.
Aderlass 282. 704.
Adhäsionsbildung, peritoneale 425*. 913*.
Alexander's Operation 85. 252. 254. 684. 872.
Amenorrhöe 437.
Ammen 645.
Amputatio cervicis carcinomat. 739.
— uteri gravidi 739.
— — supravaginalis myomatosi 118. 832.
— — — — septici 117.
Anästhetica 96.
Anilinfarbstoffe 855.
Antipyrin 334. 645.
Antisepsis bei Laparotomie 139*.
— beim Neugebornen 15.
— geburtshilfliche 382. 663. 680. 729. 772. 784. 795.
Antrophore, uterine 585*.
Anurie 310.
Aorta chlorotica 737.
Aortenkompression 167.
— pulsation 308.
Aphasie, hysterische 252.
Apostoli's Methode 97. 188. 251. 327. 337*. 463. 464. 480*. 486. 488. 561*. 625*. 737. 760. 768. 791. 824. 834. 869. 870. 884. 924.
Asa fötida 704.
Aspirationsspritze 775.
Athemzug, erster 116.
Äthernarkose 503.
Athmung frühgeborner Früchte 1*.
— künstliche 89*.
Athmungsmechanismus Neugeborner 825.
Atonia uteri 19.
Atresia ani 863. 941.
— cervicalis 740. 910.
— hymenalis 31. 70. 894.
— vaginalis, Gravidität bei 208. 336.
Augenbinde 520.
Auskultation, geburtshilfliche 21. 391.

Bäderbehandlung 784.
Bakterien, vaginale 431.
Bakteriologie, gynäkologische 166.
Bänder, amniotische 651.
Bartholinitis 88. 408.
Bauchdeckentumor 465.
Bauchfüllung 383.
— höhlentamponade 817*.
Beckenabscess 334. 909.
— anatomie 853.
— boden 937. 938.
— gelenkruptur 147.
— — vereiterung 147.
— hochlagerung 306. 371. 745*. 859. 874.
— kongestion 254.
— messung 672.
— neigung 377*.
— pseudoosteomalacisches 247. 248. 617.
— querverengtes 654.
— rachitisches 617.
— schräges 944.
— spondylolisthetisches 20. 838.
Behandlung bei Virgines 146.
— intra-uterine 343.
Bericht 573.
Berichte aus Krankenhäusern 54. 101. 137*. 150. 181. 188. 207. 271. 312. 405. 574. 701. 737. 744. 776. 788. 867.
— gelehrter Gesellschaften 12. 15. 50. 52. 66. 81. 98. 129. 163. 204. 242. 246. 248. 249. 250. 252. 253. 267. 269. 283. 308. 309. 330. 333. 344. 365. 372. 402. 420. 465. 490. 493. 505. 521. 539. 552. 572. 590. 614. 618. 632. 648. 666. 680. 716. 733. 752. 774. 794. 808. 831. 832. 856. 872. 889. 924. 939.
Bett, geneigtes 924.
Blasenblutung 877.
— cyste 72.
— stein 55. 72. 252. 591. 857. 910.
— — bildung 231.
— verletzung 334. 335.
Bleichsucht 282. 407. 938.
Blennorrhoea neonatorum 505. 520. 749. 800.
Bluterkrankheit 384.
Blutung, innere 267.
— retroplacentare 671.
Bromäthylnarkose 52.
Brüchigkeit des Fötus 703.
Bruchkanal, vaginaler 418.

Carcinoma corporis 81. 243. 244. 270.
— mammae 559.
— mesometrii 205.
— omenti 270.
— pelvis 720.
— pulmonum 720.
— recti 493.
— tubae 879.
— uteri, Organerkrankung andere bei 438.

Carcinoma uteri, Schwangerschaft bei 68.
—— vaginae 165. 671.
Carcinombehandlung 520.
—— diagnose 33. 675*.
—— metastasen 453.
—— mikroorganismus 630.
—— recidiv 801*.
Cellulitis 835.
Cervicoplastik 57*. 254. 557. 920.
Cervixdilatation in partu 686.
—— incisionen 245. 548.
—— katarrhbehandlung 733.
Chinin 455. 936.
Chloroform 111.
Chlorzink bei Endometritis 119. 373. 374. 422.
Chorea in graviditate 572.
Chorioncysten 720.
Chromsäurekatgut 534*.
Clitorisriss 512.
Cocain 632.
—— vergiftung 22.
Codein 32.
Coitustheorie 589.
—— verletzungen 395*. 423. 610*.
Collumulceration 559.
Corpus luteum-Cyste 12.
Couveuse 805.
Coxalgie 76. 248.
Creolin 589. 888.
Curettement 522. 666. 713.
Cyste des Wolff'schen Ganges 472.
Cystitis 29.
Cystofibroma uteri 269.
Cystoskop 857.

Dammbildung 489.
Dammincisionen 245. 548.
—— naht, sekundäre 330.
—— riss, centraler 653.
—— —— operation 44. 118. 233*. 388. 418. 520. 545*. 634. 677. 856. 858. 883. 885.
—— schutz 96.
Darmperforation 831.
Defectus ovariorum 103.
—— perinaei 527.
—— recti 390. 655.
—— uteri 103. 775. 778. 928. 941.
—— vaginae 311. 744. 941.
Dermoidcyste 18. 81. 99. 131. 269. 285. 594. 940.
Desinfektion 447.
Desinficientienmissbrauch 665.
Diabetes 434.
Diagnose, mikroskopische 675*. 841*. 845*. 849*. 850*.
Dilatator vesicae 269.
Doppeldaumen 522.
—— haken 330.
Drainage der Bauchhöhle 79. 749. 869.
—— röhren, resorbirbare 49.
Drillinge 151. 438. 656.
Dysmenorrhöe 776. 930*.
Dyspareunie 862.
Dystokie durch Beckenenge 681.
—— —— Exsudate 375.

Echinococcus hepatis 506.
Ectopia vesicae 555. 681.
—— viscerum 552.
Ei 249.
—— hautriss 839.
Eklampsie 24. 52. 53. 63. 131. 595. 614. 622. 655. 704. 736.
Elektricität bei Carcinom 253. 521.
—— bei graviditas extra-uterina 779. 833.
—— bei Myom 18. 97. 188. 209*. 253. 463. 471. 480*. 486. 561*. 625*. 737. 824.
—— bei Ovariencysten 928.
Elephantiasis vulvae 205.
Embryotomie 44.
Emmenagoga 923.
Enchosarcoma pelvis 775.
Endometritisbehandlung 260*. 419. 430. 713. 936.
—— hämorrhagica 452.
Endometrium bei Carcinoma uteri 550.
Endothelioma ovarii 472. 611.
Epilepsie 334.
Epithelioma vaginae 84.
Erbrechen 385.
—— unstillbares 81. 333. 335. 504. 814. 816. 858. 892. 927.
Erethismus 252.
Ergotin 364. 668.
Ernährung Neugeborner 878. 926.
Erwiederung 561*.
Erysipel 64. 672.
Essigsäure 99.
Eversion puerperale 596.

Fehler, diagnostische 862.
Fibroma lig. lati 248.
—— vulvae 165.
Fibromyoma tubae 912.
Fiberätiologie puerperale 20.
—— in der Geburt 595.
—— intermission, seltene 186.
Fisteln nach Laparotomie 832.
Fistula entero-vesicalis 68.
—— recto vestibularis 336.
Flimmerepithel der Ovarialgeschwülste 401.
Forcipressur 70.
Fortschritte, medicinische 386.
Fötus, ödematöser 496.
—— papyraceus 81.
Frakturen, intra-uterine 423.
Fremdkörper in uteri 40. 249. 465.
—— in vesica 72. 446*.
Fruchtwasserherkunft 126.
—— menge 797.
Frühgeburt, künstliche 19. 493. 529*. 575. 598. 664. 753. 858. 864. 896.

Galaktorrhöe 33.
Galvanismus, keimtödtende Wirkung des 428*. 769.
Gartner'sche Gänge. Cysten der 103.

Geburt bei Beduinen 493.
— blutlose 104.
— schmerzlose 800.
Geburtsebene 922.
— hilfe konservative 782.
— komplikation 131. 186. 388. 390. 757. 780. 834. 912. 935.
— mechanismus 577*.
— störungen, fötale 565.
Gefriersehnitt 67.
Genitalentwicklung 112. 731. 735.
Geschwülste kongenitale 793.
Gesichtslage 636.
Gleichzeitigkeit mehrerer Operationen 84.
Glycerin 669.
Gonococcus 751. 769.
Gonorhoe, weibliche 640. 879.
Gonorrhoea tubae 150.
Graviditas extra-uterina 135. 146. 265. 269. 270. 373. 374. 435. 522. 536. 573. 656. 718. 739. 798. 831. 833. 857. 861. 879. 895. 927. 939.
— — Diagnose der 494.
— — Durchbruch nach außen 678.
— — Elektricität bei 54.
— — Laparotomie bei 87.
— tubaria 19. 66. 244. 251. 252. 365. 455. 524. 525. 621. 681. 684. 737. 739. 798. 854. 862. 878. 879. 925.
— — wiederholte 738.
Gravidität nach Kastration 779.
— nach Sectio caesarea 101.
— nicht erkannte 612.
— späte 739.
Graviditätsblutungen 389.
— dauer 327. 699.
— — abnorm lange 74*.
— physiologie 144. 767.
Gynäkologie, Entwicklungsgesch. der 10.
Gynatresiebehandlung 863.

Haltung Schwangerer 867.
Hamamelis virginica 760.
Hämatocele 558. 840.
— ante uterina 86.
— pelvis 937.
Hämatokolpos 31. 70.
Haematoma vulvae 84.
— pelvis 937.
Hämatrometra 31. 469.
Hämatosalpinx 31. 81. 293. 775.
Hämaturie 591.
Hämoglobin 117. 782.
Hasenscharte 653.
Hebammendesinfektion 363.
— instruktion 76.
— nachprüfung 448.
— operationen 257*. 313*. 447. 693*. 772.
— vorschriften, französische 449. 664.
Heredität in der Geburtsdauer 272.
Hermaphroditismus externus mascul. 857.
Hernia diaphragmatica 650.
— inguinalis 191.
— lineae albae 453.
Hernia uteri gravidi 54.
Herpes menstrualis 102.
Herz, einkammeriges 190.
— fehler 716. 909. 910.
— leistungsfähigkeit 385.
— schwäche 833.
— vagi Neugeborener 376.
Hydatidenoperation in graviditate 119.
Hydramnion 471. 616.
Hystrastis 33. 736.
Hydrencephalocele 651.
Hydrocele lig. lati 720.
— weibliche 927.
Hydrocephalus 743. 941.
Hydronephrose 67. 656. 891.
Hydrosalpinx 939.
Hygiene, weibliche 33.
Hypnotismus 9. 495.
Hypoacoturie 860.
Hysterie 495.
Hysteroepilepsie 335.

Icterus gravidarum 452.
Ichthyol 432.
Ileus 637. 683. 835.
Impfsyphilis 456.
Incarceratio uteri myomatosi 115. 669.
Incontinentia ani 528.
— urinae 136. 252. 452.
Infektion, puerperale 64.
Influenza 41*. 297*. 619. 637. 759.
— beim Neugeborenen 837.
Intussusception beim Kinde 895.
Inversio uteri 208. 232. 269. 333. 439. 500*. 658*. 910. 940.
— — habituelle 623.
— — künstliche 353*.

Jodismus 455.
Jodoform 116. 158. 183. 184.
— dämpfe 159.

Kastration 73*. 118. 148. 151. 232. 250. 253. 335. 387. 422. 584*. 682. 835. 838. 893.
— Missbrauch der 494.
Kasuistik 192. 880.
Katgut 49.
— desinfektion 620.
— infektion 307.
Katheter für Blase 359*. 416*.
— — Uterus 670.
Keimanlage, mehrfache 129.
Kindeslagen 853.
— verletzung, seltene 109*.
Kinderhygiene 504.
Kloakenbildung 336.
— scheidewand 489.
Kochsalzinfusion 498*.
— lösung, sterilisirte 434.
— transfusion 232.
Koffeïn 489.
Kolotomie 390.
Kolpokleisis rectalis 451.
Kolpo-Utero-Kystotomie 8.

Kopfeinpressung 874.
Kranioklast 165.
—— tomie 152. 760.
Krebsverbreitung 208.
Kugelzange 163.

Lageverbesserung, manuelle 70. 80. 437.
Laparotomie 54. 69. 292. 295. 388. 454. 651. 717. 860.
—— aseptische 515*.
—— Technik der 734.
—— Wahl der Zeit zur 612.
—— wiederholte 878.
Lebensfähigkeit frühgeborner Kinder 235.
Lebercysten 496.
Lehrbuch, geburtshilfliches 238. 565.
Leibbinde 788*.
Ligatur der Spermatica 283.
—— knotung, intra-uterine 353*.
Lipoma labii majoris 896.
—— mesenterii 253. 687.
—— renis 164.
Lithopädion 454.
Lochialbakterien 771.
Luftembolie 23. 826.
Lungenathemprobe 399. 601.
Lungenblutung, tödliche 657*.
Lungenvagi Neugeborner 376.
Lupus uteri 794.
—— vulvae 559. 780.
Lymphangioma faciei 684.
—— system der weiblichen Genitalien 827.

Magendarmprobe 601*.
—— erkrankungen 777.
Mammaabscess 373.
—— sekretionsanomalien 748.
Manie 190.
Masern, in graviditate 445*.
Massage, gynäkologische 39. 64. 510. 640. 648. 688. 732. 855. 930*.
Mastdarmchirurgie 37.
—— fistel 88.
Mastitis 9. 47. 296.
Mauriceau'scher Handgriff 868.
Melancholie 190.
Melanosarcoma vulvae 88.
Meningitis in graviditate 149.
Menstrualmukosa 78.
Menstruation 806.
—— nach Kastration 779.
Menthol 335.
Mesenterialcyste 244. 600.
Metritis colli 434.
—— dissecans 911.
Migräne 781.
Mikrocephalie 737.
Milch, keimfreie 511.
—— konservirung 677.
—— verdaulichkeit 418.
Milzbrand 267.
—— exstirpation 837
—— resektion 756.
Mineralbäder 250.
Mischinfektion 551.
Misset abortion 237*.
Missbildung 454.
Mola hydatitosa 389.
Moorbäder bei Uterusblutungen 46. 64.
Morbus Basedowii 133. 457*.
Morphium 644.
Myomätiologie 30. 513*. 587.
—— ausstoßung, spontane 940.
—— behandlung, medikamentöse 551. 742. 760.
—— cervicales 32. 438.
—— enucleation 638. 875.
—— —— vaginale 652.
—— exstirpation intraligamentäre 742. 926.
Myomotomie 102. 164. 209*. 251. 513*. 594. 683. 797. 876.
—— in graviditate 52. 115. 889.
—— nach Elektrolyse 506.
Myomstrangulation 669.
—— verjauchung 720.
Myosarcoma uteri 164.

Nabelbruch, eingeklemmter 272. 490. 835.
—— Operation 473*. 521.
Nabelgeschwulst 85. 910.
—— schnurbruch 380*.
—— —— geschwulst 703.
—— —— vorfall 393*.
—— —— zerreißung 71.
—— —— zu kurze 863.
Nadelhalter, Hagedorn 416.
Narbenstenose, vaginale 941.
Nephrektomie 273*. 311. 374.
Nephritis 254. 598.
—— gravidarum 167. 576. 774.
Nephrolithotomie 374.
Nephrorrhaphie 311. 372. 374.
Nephrotomie 255.
Netzcyste 600.
Neubildung und Gravidität 813.
Neuralgie 398.
Neurose nach gynäkologischen Erkrankungen 118.
Newbouldia laevis 632.
Nierenchirurgie 45. 402. 837.
—— cyste 302*.
—— geschwulst, fötale 780.
—— kapselgeschwülste 352.
—— stein 255.
Nutrolactis 743.

Obstipatio arteficialis 349.
Ohrenklingen 781.
Oligohydramnion 644.
Operationslehre, geburtshilfliche 900.
—— methode, sakrale 35. 37. 38. 50. 51. 131. 470. 856.
—— saal 705*.
—— tisch 371.
Ophthalmie, metastatische 895.
Osteomalacie 25*. 50. 73*. 118. 374. 436. 526. 584*. 656. 838. 925.
—— infantile 435. 555.
Ovarialabscess 66.

Ovarialcystenadhäsion 24.
— degeneration, kleincystische 118. 770. 876.
— fibrom 834.
— geschwulstabnahme, spontane 522.
— hämorrhagie 362.
— papillom 836.
— senkung 49.
— teratom 471.
— tuberkulose 522.
— tumorenwanderungsmechanismus 645.
Ovarien bei Myom 881*.
— in graviditate 503.
Ovariotomie 4*. 102. 137*. 242. 252. 271. 285. 374. 421. 558. 559. 650. 671. 720. 860. 870.
— beim Kinde 687. 876.
— in graviditate 82. 422. 541. 742. 743.
— nach Totalexstirpation 557.
— per rectum 392.
Ovulation 806.

Pankreaschirurgie 402. 837.
— cyste 205.
Paralbumin 899.
Parametritis exsudativa 248. 269.
Parovarialcyste 685.
Parovariotomie 244.
Peptonurie 77. 144.
Perforation 22.
Perimetritis 49.
Peritonealmetastasen 13. 409*.
Peritonitis, Ätiologie der 241. 263. 663. 680. 716. 940.
— circumscripta 733.
— operative Behandlung der 309. 422. 683. 713.
Pessar 269.
— eisernes 939.
Phlegmasia alba dolens 64. 407.
Phosphorbehandlung bei Rachitis 96.
Pilocarpin 668.
Placenta accreta 231.
— marginata 240.
— praevia 346. 765*. 840. 859.
Placentarausstoßung vor Geburt des Kindes 654.
— infarkt 143. 804.
— lösung, vorzeitige 457*. 636. 654.
— pathologie 437.
— periode 387. 391. 424.
Plattenspekulum 929.
Pneumonie in graviditate 116.
Pollutionen, weibliche 111.
Polydaktylie 653.
Porro'sche Operation 25*. 50. 56. 87. 168. 248. 336. 526. 560. 799. 835. 839. 857. 859. 877. 911.
Post-partumblutungen 161. 512. 594.
— — Shock 653.
Primordialeier 80.
Probeincision 254. 920.
Prolapsbehandlung 72. 118. 489.
Prolapsus ani 555.
— cervicalis in partu 637.
Prolapsus urethrae 102. 165. 616.
— uteri beim Neugeborenen 312. 684.
— vaginae 925.
Pruritus 105*.
Psammocarcinoma ovarii 98.
Pseudohermaphroditismus 14.
— mucin 899.
— myxoma peritonei 451.
Psychosen in graviditate 252.
Puerperalfieber 150. 493. 629.
Pulmonalstenose 716.
Pulsverlangsamung 678.
Purpura 121*.
Pyokolpos 142*.
Pyometra 142*.
Pyopneumothorax in graviditate 136.
Pyosalpinx 284. 420. 681. 833. 835. 872. 890.
— perforation 135.

Quecksilberbehandlung 296.
Querstand, tiefer 631.

Retentio foetus 191. 702.
— placentae 113. 248. 646.
— velamentorum 146.
Retrodeviation und Gravidität 382.
Retroflexio uteri 792.
— — gravidi 62*. 120. 942.
Retroversio uteri 311.
Rigidität des Muttermundes 894.
Rinnenspeculum 168. 324*.
Ritgen'scher Handgriff 618.
Rotter'sche Pastillen 81.
Ruptura uteri 68. 71. 560. 576. 715.
— — Laparotomie bei 744. 939.
— vaginae in partu 777.

Sakraltumor 651.
Salicylsäure 488.
Salpingitis 128. 752.
Salpingo-oophoritis, Diagnose der 563*. 620.
— tomie 250. 373. 422. 752.
Sarcoma corporis 352. 673*. 721*.
— mammae 942.
— mesenterii 52. 539.
— pelvis 252.
— uteri 13. 40. 833. 845*.
— vaginae 783.
Schädelfrakturen 703.
— kompression 342.
— konfiguration 859.
Scharlach in puerperio 455. 653. 666.
Schlinge 937.
Schröpfkopf, elektrischer 460*. 761*.
Schücking'sche Operation 123*. 126*. 180*. 554. 555. 689*. 916*.
Schulterlage 167.
Schultze'sche Schwingungen 153. 640.
Scleroma neonatorum 744.
Secale cornutum 35.
Sechslinge 719.
Sectio caesarea 22. 56. 116. 169*. 194*. 213*. 275*. 424. 437. 466. 505. 575. 597. 618. 626*. 670. 686. 779. 780. 799. 877. 894. 911. 921. 925.

Sectio caesarea Vereinfachung der 227*. 231.
—— —— wiederholte 553.
Seitenlage 488.
Selbstinfektion 700.
Septikämie 85. 113. 127.
Sims'sche Rinne 441*.
Situs viscerum transversus 572.
Spaltbecken 555.
Sphacelinvergiftung 640.
Spina bifida 252.
Steißlage 507. 751. 887.
Sterilisationsapparat 11. 81. 154*.
—— raum 865*.
Sterilität 11. 269. 776.
—— männliche 777.
Stielbehandlung, intraperitoneale 740. 808.
Stoffwechsel, fötaler 267. 553. 632. 819*.
Strangulation, fötale 191.
Streckung, fötale 624.
Stückchendiagnose 721*. 841*. 845* 849*. 850*.
Sublimatbehandlung 69. 633.
—— vergiftung 668. 897*.
Suggestion 9. 800.
Suppresio mensium 254.
Symphysenruptur 19.
Syndaktylie 856.
Syphilis 435. 552. 893.
—— in graviditate 586.

Talipes varus 653.
Tamponade in graviditate 504.
Teratom des Rachens 651.
Tetanus nach Ovariotomie 18.
—— puerperaler 249. 271.
Thromben intravaginale 875.
Thrombus der Muttermundslippe 376.
Tod, plötzlicher 928.
Toilette der Bauchhöhle 39. 408.
Totalexstirpation, vaginale 13. 22. 54. 81. 98. 117. 152. 189. 204. 207. 269. 270. 365. 389. 594. 622. 651. 670. 680. 686. 758. 783. 814. 815. 816. 836. 872. 875. 890. 892.
—— —— Nachbehandlung bei 443*.
Traubenzucker 519.
Tubenerkrankungen 20. 665. 910.
—— in graviditate 503.
Tuberkulosis peritonei 115. 325. 438. 559. 743.
—— tubae 311. 617. 737. 864.
—— uteri 424. 858.
Tuboovarialcyste 247. 593. 594. 774.
Tupelostifte 88.

Überstreckung 248.
—— tragung 635. 778.
Urämie 495.
Uretherenkompression 254.
—— stein 469.
Urethralkanüle 157*.
Urethrocele 352.
Urinfisteln 103. 306. 344.
—— —— operation 542.
Uterinsegment, unteres 68.
Uteroplacentargefäße 549.
Uterus 665.
—— bicornis septus gravidus 23. 711*.
—— bilocularis gravidus 943.
—— blutungen 496.
—— duplex 16.
—— gravidus, Toleranz des 778.
—— irrigationen 39. 253.
—— muskulatur in graviditate 613.
—— —— —— puerperio 613.
—— septus 185. 655.
—— tamponade 160. 161. 252. 512. 782. 840.
—— unicornis rudimentarius 527.
—— Zange, selbsthaltende 42*.

Vaccination, fötale 254.
Vagina duplex 16. 185.
—— rudimentaria 191.
—— septa 655.
Vaginalausgüsse 736.
—— cyste 451.
—— drüsen 143.
—— dusche, prophylaktische 316*.
—— epithel 143.
—— obturator 193*.
—— ulcus, teleangiektatisches 527.
Vaginismus 728*.
Varicenbehandlung 638.
—— der Lig. lata 687.
Variola, fötale 433.
Ventrofixatio uteri 77. 94*. 185. 278*. 334. 872. 942.
Verbandstücke, sterilisirte 939.
Verblutung 512.
Vererbungsträger 47.
Versehen 97.
Vierlinge 424.

Wandermilz 70. 336.
—— niere 311. 730.
Wendung, äußere 431. 641*.
—— bei engem Becken 618.
—— kombinirte 922.
Wigand-Martin'scher Handgriff 807.
Wochenbett bei Nichtuntersuchten 594.
—— pathologie 484.
—— physiologie 484.
—— prophylaxe 76. 283. 594.

Zahnhygiene 886.
Zange bei Steißlage 688.
—— hohe 871.
—— neue 176*. 250. 333. 631. 760.
Zangenentbindungen 838.
—— gefahren 744.
—— operationen, Stellung verbessernde 82.
Zellkernstruktur 400.
Zottenpolyp der Blase 590.
Zugmassage 345.
Zwergin 309.
Zwillinge 393*.
—— siamesische 863.

1906 C

GYN GIE

Heinrich Fritsch
in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 1. **Sonnabend, den 4. Januar.** **1890.**

Inhalt: I. **Glöckner**, Beitrag zur Athmung abortiver Früchte. — II. **Hager**, Ausschälung eines subserösen Ovarialkystoms von ungewöhnlicher Größe. (Original-Mittheilungen.)

1) **Sodin**, Abhandlungen. — 2) **Bozeman**, Kolpo-Utero-Kystotomie. — 3) **Meisel**, Mastitis. — 4) **Auvard** und **Secheyron**, Hypnotismus. — 5) **de Léon**, Gynäkologie. — 6) **Traub**, Sterilität. — 7) **Straub**, Sterilisator.

8) Gynäkologische Gesellschaft zu Berlin. — 9) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg. — 10) **Secheyron**, Elektrolyse. — 11) **Cullingworth**, Dermoidcyste. — 12) **Johnsen**, Tetanus nach Ovariotomie. — 13) **Amen**, Uterusatonie. — 14) **Remy**, Ruptur der Beckensymphysen. — 15) **Setschawa**, Tubenschwangerschaft. — 16) **Kappenheim**, Frühgeburt. — 17) **Nijhoff**, Fieber im Wochenbett. — 18) **Traub**, Tubenkrankheit. — 19) **Traub**, Spondylolisthesis. — 20) **Bar**, Geburtshilfliche Auskultation. — 21) **Essers**, Perforation oder Sectio caesarea? — 22) **Richardson**, Vergiftung durch Cocain. — 23) **Pawlik**, Totalexstirpation. — 24) **Vávra**, Kasuistik. — 25) **Blanc**, Eklampsie. — 26) **Jentzer**, Adhäsion einer Ovarialcyste.

I. Beitrag zur Athmung abortiver Früchte.

Von

Dr. Hugo Glöckner,

Assistenzarzt an der Königl. Universitätsfrauenklinik zu Berlin.

Am 4. März dieses Jahres wurde eine Frau, welche im 4. Monate schwanger war und an supravaginaler Cervixhypertrophie mit Scheidenvorfall litt, in die Klinik aufgenommen. Am nächsten Tage abortirte die Pat. und wir hatten Gelegenheit, die Frucht sofort nach ihrer Geburt zu beobachten. Wir warteten zunächst mit der Abnabelung 20 Minuten und konnten während dieser Zeit sechs Inspirationsbewegungen wahrnehmen. Der Mund des Fötus blieb hierbei geschlossen, während sich der Brustkorb stark einzog und die vorher in gebeugter Haltung befindlichen Extremitäten, gleich als ob die Frucht eine Schwimmbewegung machen wolle, krampfhaft ausgestreckt wurden. Nachdem wir den Fötus alsdann abgenabelt hatten, wurde derselbe in ein Wasserbad von 38° Celsius gebracht und derart auf ein Wattepolster gelagert, dass wir Herzschlag und Athmung bequem kontrolliren konnten. Es trat jetzt abermals und

zwar bei geöffnetem Munde, eine ausgiebige Athembewegung ein, während der Herzschlag 140—150 Schläge in der Minute betrug. Als kurze Zeit darauf die Pulsfrequenz auf 90 Schläge herabgesunken war, erfolgte bei geöffnetem Munde eine weitere Inspirationsbewegung, worauf sich der Herzschlag alsbald wieder auf 140 Schläge in der Minute hob. Im Ganzen haben wir nach der Abnabelung in Pausen von 5—6 Minuten noch fünf, nach und nach schwächer werdende Inspirationsbewegungen, deren letzte jedoch schon sehr oberflächlich war, beobachtet. Während dieser inspiratorischen Bewegungen konnte man eine leichte Vorblähung der Regio epigastrica konstatiren. Allmählich nahm auch die Intensität und Frequenz des Herzschlages ab, doch überdauerte derselbe den letzten Athemzug um 15 Minuten. Der Fötus hatte extra-uterin 1 Stunde und einige Minuten gelebt. Sobald die Frucht abgestorben war, eröffneten wir Abdominal- und Brusthöhle und sahen nach Entfernung der Leber durch die dünnen, leicht aufgeblähten Magenwandungen deutlich vier an Größe unter einander verschiedene Luftblasen hindurchscheinen, deren größte nach dem Pylorus zu gelegen war. Der Magen wurde nunmehr doppelt abgebunden und vorsichtig herausgenommen und auf Wasser gelegt. Der Magen schwamm auf dem Wasser und als wir ihn unter letzterem aufschnitten, sahen wir der Reihe nach die vier Luftblasen, deren kleinste stecknadelkopfgroß war, entweichen. Die Lungen schwammen weder in toto, noch in kleinen Stückchen. Auf der Vorderwand der Pulmonalis und in der Gegend des rechten Herzohres fanden sich kleinste Ekchymosen.

Die Frucht wog 85 g und war 17 cm lang und dürfte der 15. Woche entsprechen, womit auch die anamnestischen Angaben der Frau übereinstimmten.

Einen zweiten hierher gehörigen Fall beobachteten wir am 13. December. Es handelte sich ebenfalls um einen Abort der 15. Woche. Bei fünfmarkstückgroßem Muttermunde sprang die Blase und wir fanden bei der sofort vorgenommenen Untersuchung die Frucht in der Scheide liegend vor, aus welcher sie herausgezogen wurde. Der noch mit der Nabelschnur in Verbindung stehende Fötus führte spontane Bewegungen mit seinen Extremitäten aus, wobei er auch zweimal den Mund öffnete. Wir nabelten die Frucht bald ab, um sie in ein Wasserbad zu bringen und Herzschlag so wie Athmung zu kontrolliren. Die Pulsfrequenz betrug Anfangs 100 bis 108 Schläge in der Minute und nahm bis zum Tode, welcher $1^1/_2$ Stunde nach der Geburt eintrat, langsam, aber ziemlich gleichmäßig ab. In weniger regelmäßigen Zwischenpausen traten die inspiratorischen Bewegungen ein, bei denen der Thorax eingezogen erschien, während die Extremitäten aus ihrer sonst gestreckten Haltung in Beugestellung übergingen und an den Rumpf angezogen wurden. Wir beobachteten fünf spontane Athembewegungen und einige Male trat eine Inspiration anscheinend durch äußere Reizung ein, nachdem der Rumpf und die Extremitäten mit dem Finger sanft bestrichen worden

waren. Im Ganzen haben wir neun inspiratorische Bewegungen gesehen, die letzte, schon sehr oberflächliche, $^3/_4$ Stunde vor dem Aufhören des Herzschlages. Auch in diesem Falle schien sich die Intensität und Frequenz der Herzaktion jedes Mal nach erfolgter Luftaufnahme etwas zu heben. Einen eigenthümlichen Anblick gewährte das Gesicht der Frucht, wenn dasselbe mit dem Finger bestrichen wurde: Die Stirnhaut legte sich in zahlreiche Längsfalten, während die Haut der Orbitalgegend sich in querer Richtung runzelte. Von den Nasenwinkeln zogen bogenförmige Hautfalten nach dem Mundwinkel jeder Seite zu.

Zuerst erlosch die reflektorische Erregbarkeit der Extremitäten, alsdann die der Rumpfmuskulatur und zuletzt die des Gesichtes. Sofort nach dem Aufhören des Herzschlages wurde der Magen freigelegt, worauf wir drei Luftblasen von verschiedener Größe durch die zarten Wandungen des geblähten Organs hindurchschimmern sahen. Der Magen wurde nach dem Pylorus und Ösophagus hin doppelt abgebunden und schwamm auf dem Wasser, unter welchem er später eröffnet wurde, wobei die drei Luftblasen entwichen. Die Lungen zeigten dieselben Verhältnisse wie im ersten Falle. Am Herzen waren nur vereinzelte sehr kleine subepikardiale Ekchymosen nachweisbar.

Die Frucht wog 85 g und hatte eine Länge von 16 cm, entsprach mithin etwa der 15. Woche, womit auch die Anamnese in Bezug auf die letzte Menstruation übereinstimmte.

In dem dritten Falle handelte es sich um einen Abort der 19. Woche. Die Frucht war 23 cm lang und wog 220 g. Dieselbe lebte $^1/_2$ Stunde extra-uterin, während welcher Zeit acht Inspirationsbewegungen zur Beobachtung kamen. Im Magen fanden sich fünf, durch ihre Größe unter einander verschiedene Luftblasen vor, welche wir aus dem unter Wasser aufgeschnittenen Organ entweichen sahen. Die Lungen erwiesen sich vollkommen luftleer. Der Darm enthielt Meconium und die kleinhaselnussgroße Harnblase war mit wasserheller Flüssigkeit prall gefüllt.

Ich habe mir erlaubt, diese Beobachtungen zu veröffentlichen, weil in den mir zugänglichen Lehrbüchern das erste Auftreten inspiratorischer Bewegungen vorzeitig geborener Früchte auf den fünften, beziehentlich sechsten Monat verlegt wird und weil es nicht allgemein bekannt sein dürfte, dass der Erfolg dieser Inspirationsbewegungen bei so frühzeitig ausgestoßenen Früchten sich in kleinen, meist durch ihre Größe von einander unterscheidenden Luftbläschen, welche in den Magen gelangen, geltend macht. Anscheinend entnahmen die Gefäße, welche die Magenwandungen durchziehen, aus der eingeführten Luft Sauerstoff auf, da man ein Wiederansteigen der Intensität und Frequenz des Herzschlages nach den ersten, ausgiebigeren Inspirationsbewegungen konstatiren kann und mit dem Schwächerwerden der Athmung auch der Pulsschlag an Zahl und Stärke abnimmt.

Noch erwähnen möchte ich, dass Veit-Berlin im Handbuch der

Geburtshilfe von Peter Müller berichtet, er habe bei Tubengravidität der 10.—12. Woche zweimal deutliche Bewegungen des Embryo gesehen, welche sogar das eine Mal einen ganz komplicirten Charakter gehabt haben, indem sich dieselben als Inspiration und Exspiration darstellten. Über den Verbleib und Erfolg der eingeathmeten Luft macht Veit keine Mittheilungen. In den von mir beobachteten Fällen konnte man eigentlich nur Inspirationsbewegungen der Frucht konstatiren und ich glaube auch nicht, dass der Fötus die einmal »eingeschluckte« Luft wieder abgiebt, dagegen spricht die deutlich nachweisbare, sich allmählich mehr und mehr steigernde Aufblähung der Magengegend und die relativ große Luftmenge, welche man später in dem kleinen Magen vorfindet.

Auf das forensische Interesse, welches die mitgetheilten Fälle darbieten, hier noch einzugehen, würde mich von dem proponirten Thema zu weit abführen.

II. Ausschälung eines subserösen Ovarialkystoms von ungewöhnlicher Grösse.

Von

Dr. **Wilhelm Hager** in Wandsbeck.

Unter den Eierstocksgeschwülsten beanspruchen die subserösen sowohl in Hinsicht auf ihre Pathogenese und Symptomatologie, als wegen der Schwierigkeit ihrer Entfernung unser besonderes Interesse, Die Ursachen der subserösen Entwicklung von Ovarientumoren sind uns bisher noch durchaus unklar: wir wissen nur, dass vornehmlich die papillären Kystome die Neigung haben, sich retroperitoneal zu entwickeln. Dieselben bilden Tumoren von nicht sehr erheblicher Größe, die meist doppelseitig, dem Uterus fest anliegen und ihn bei weiterem Wachsthum vor sich her drängen. Häufig durchbrechen sie ihren peritonealen Überzug, so dass sie theils retro- theils intraperitoneal liegen. Das Charakteristische für die Diagnose ist immer, wie Olshausen[1] sagt, »die breite Anlagerung der Tumoren an den Uterus und das Heraufsteigen dieses Organs mitsammt dem Tumor aus der Höhle des kleinen Beckens«.

Von jeher war die Operation dieser Tumoren wegen ihrer Schwierigkeit gefürchtet. In vielen Fällen wurde ihre Prognose dadurch getrübt, dass man sich gezwungen sah, den mit dem Tumor fest verwachsenen Uterus zu exstirpiren, und nicht selten konnte die Operation wegen unüberwindlicher Schwierigkeiten überhaupt nicht vollendet werden.

Ich möchte nun in Folgendem über einen Fall von subserösem Ovarialkystom berichten, der einmal desswegen bemerkenswerth ist, weil es sich nicht um ein papilläres, sondern um ein proliferirendes Kystom handelte und dann weil der Tumor so ungewöhnlich groß war, dass das Peritoneum der hinteren Bauchwand bis zum

Zwerchfell hin abgehoben und der Uterus bis zur Höhe des Nabels emporgedrängt war.

Am 14. Juli 1888 wurde ich zu der 54 Jahre alten Musiklehrerin Frau Moore wegen einer großen Bauchgeschwulst gerufen. Frau Moore war in ihrer Jugend chlorotisch gewesen, mit 18 Jahren menstruirt und 23 Jahre alt, als sie sich verheirathete. Im 25. und 27. Lebensjahre abortirte sie. Bald nach dem 2. Abortus wurden die Menses sehr profus und blieben es bis zu dem im 49. Lebensjahre eintretenden Klimakterium. Nach dem Aufhören der Menses traten asthmatische Beschwerden und häufige Bronchitiden auf, die sie in ihrem Beruf sehr störten. Vor 5 Jahren will sie aber erst Beschwerden von Seiten des Unterleibes gespürt haben, die in einem Gefühl von Druck und Schwere bestanden. Der Leib wurde »hart und fest«, nahm aber nur sehr langsam an Umfang zu. Erst seit 2 Jahren wurde er erheblich stärker und stellten sich sehr quälende Urin- und Stuhlgangsbeschwerden ein. Die asthmatischen Anfälle wurden immer heftiger, der Gang schleppend und schwerfällig, so dass Frau M. selbst kleine Wegstrecken nur unter großen Schmerzen zurücklegen konnte und gänzlich auf die Mildthätigkeit fremder Leute angewiesen war.

Status praesens. Mittelgroße Frau von schlechtem Ernährungszustand. Haut gelblich, anämisch, eben so die Schleimhäute. Gang langsam, beschwerlich. Leichtes Ödem der Knöchel. Das Abdomen ist ausgedehnt durch einen großen Tumor, der der Frau das Aussehen einer Hochschwangeren giebt. Derselbe erreicht in der Nabelhöhe seine größte Cirkumferenz und erstreckt sich nach oben bis zum Scrobiculus cordis, links das Zwerchfell stark nach oben drängend. Über dem Tumor überall absolut gedämpfter, nur in den Weichengegenden, so wie in der rechten Unterbauchgegend tympanitischer Perkussionsschall. Der Tumor ist durchaus unbeweglich, fühlt sich hart und fest, nur bei tiefem Druck prall elastisch an. Die Oberfläche des Tumors ist glatt, nur in der Gegend des Nabels sitzt ihm ein kleinkinderfaustgroßer unbeweglicher Buckel auf. Die Exploratio interna ergiebt eine lange straffe, nach oben verzogene Scheide. Cervix über dem Schambogen nicht mit Sicherheit zu palpiren. Vom Uterus bei bimanueller Untersuchung nichts zu fühlen, eben so wenig das rechte Ovarium. Der Douglas'sche Raum ist ausgefüllt durch eine große prall elastische Geschwulst, welche sich eben so per rectum anfühlt. Druck auf dieselbe wird von der auf dem Abdomen aufliegenden Hand nicht gefühlt. Die Sondirung des Cervicalkanals resp. des Uterus gelingt nicht.

Die Athmung ist sehr beschleunigt. Auf den Lungen diffuse Bronchitis ohne nachweisbare Infiltration des Gewebes. Urin eiweißfrei.

Es handelte sich nach der Untersuchung um einen von der linken Unterbauchgegend ausgehenden, mit dem Uterus innig zusammenhängenden Tumor. Die prall elastische Beschaffenheit ließ mit Wahrscheinlichkeit eine Ovarialcyste, die Unbeweglichkeit und die Verwachsung mit dem Uterus eher ein Myom vermuthen. Darüber musste die Probepunktion Aufschluss geben. Die am folgenden Tage ausgeführte Punktion ergab einen exquisit colloiden, sehr dickflüssigen Ovarialcysteninhalt. Ich stellte desshalb die Diagnose auf ein mit seiner Umgebung stark verwachsenes proliferirendes Kystom.

Operation am 18. Juli. Schnitt in der Linea alba vom Nabel bis 3 Finger breit oberhalb der Symphyse. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle fließen einige Esslöffel Ascitesflüssigkeit ab, und präsentirt sich der von bläulich durchschimmernden Venen überzogene Tumor. Pat. wird auf die linke Seite gelegt und ein Bistouri in den Tumor eingestoßen. Allein es entleerte sich keine Cystenflüssigkeit, und es zeigte sich, dass der Schnitt den fest in den Tumor eingebetteten, bis in Nabelhöhe emporgedrängten Uterus getroffen hatte. Nun wurde der Bauchschnitt bis handbreit unterhalb des Schwertfortsatzes verlängert. Dabei präsentirte sich eine größere Cyste, die angestochen und entleert wurde. Es wurde etwa $^1/_2$ Liter colloider Flüssigkeit abgelassen. Der Versuch von der angestochenen Cyste in die benachbarten Hohlräume einzudringen misslang, da die Cysten zu dickwandig waren. Die Stichöffnung wurde mit der Nelaton'schen Zange geschlossen und nun ein großer über die ganze Konvexität des Tumors

gerichteter Schnitt — links vom Uterus — ausgeführt. Nach Spaltung des Peritonealüberzuges ging ich mit der ganzen Hand zwischen Tumoroberfläche und Peritoneum ein und konnte nun ohne erhebliche Blutung den enormen Tumor, der vollständig retroperitoneal lag, aus seinem Bette ausschälen. Nur die Trennung von der hinteren Wand des Uterus war schwieriger auszuführen. Einen Stiel besaß der Tumor nicht; doch wurden in der Tiefe des kleinen Beckens, wo die Ausschälung nicht ohne Weiteres gelang, eine kleine Partie festerer Gewebsstränge mit Seide abgebunden. Die Därme waren bei der Enucleation des Tumors prolabirt und in warme Sublimattücher gehüllt. Bedrohlicher Collaps. Ätherinjektionen.

Mit der Reposition der Därme legte sich das Peritoneum sehr gut der hinteren Bauchwand wie auch den Beckenwandungen an. Nur der seines hinteren Peritonealüberzuges völlig entblößte Uterus ballottirte an dem außerordentlich in die Länge gezogenen Cervix in der Tiefe des kleinen Beckens. Zudem waren außer der artificiellen Verletzung am linken Horn, die übrigens nicht in das Cavum perforirte, noch 2 etwa walnussgroße subseröse Myome vorhanden, so dass es mir als das Zweckmäßigste erschien den Uterus ganz zu exstirpiren. Nach vorheriger Gummischlauchkonstriktion wurde der Uterus abgetragen, der Stumpf nach Ausschneidung der Cervicalschleimhaut in der üblichen Weise vernäht und die Bauchhöhle geschlossen. Dauer der Operation $1^1/_4$ Stunde.

Der exstirpirte Tumor erwies sich als ein multiloculäres Ovarialkystom mit unendlich vielen, meist kleinen, sehr dickwandigen Cysten mit gallertartigem, dickflüssigem Inhalt.

Am zweiten Tage nach der Operation stellte sich eine Temperaturerhöhung auf 39,2 (im Mastdarm) ein, doch war der Puls gut und das Allgemeinbefinden befriedigend. In der darauf folgenden Nacht jedoch trat eine schwere akute Bronchitis mit hochgradigem Asthma in die Erscheinung. Trotz der Schmerzen, die sie dabei in der Bauchwunde hatte, konnte Pat. nur aufrecht im Bette sitzend Luft holen und die Nächte nicht ohne eine starke Morphiuminjektion schlafen. Es musste Anfangs zweifelhaft erscheinen, ob das andauernd mäßig hohe Fieber, das zwischen 38,2 und 39,6 schwankte, von der Bronchitis oder von entzündlichen Processen im Abdomen herrühre, zumal Pat. keine Symptome von Peritonitis darbot und durch die am 4. Tage nach der Operation vorgenommene Untersuchung kein Exsudat im kleinen Becken nachgewiesen werden konnte. Erst am 27. Juli konnte ich rechts neben dem Cervix ein mäßiges Exsudat entdecken. Dasselbe bestand unter geringen Fiebererscheinungen bis zum 15. August, wo es in die Scheide perforirte und das Fieber sofort nachließ. Die asthmatischen Beschwerden hatten schon früher aufgehört. Pat. entwickelte einen außerordentlichen Appetit und erholte sich rasch und zusehends. Als sie Anfang Oktober einmal zu mir kam, war sie nicht wieder zu erkennen, hatte bedeutend an Körpergewicht zugenommen und war frei von allen Beschwerden.

Ich habe dieser Krankengeschichte noch hinzuzufügen, dass Frau Moore im Februar 1889, also ungefähr ein halbes Jahr nach der Operation, an einem durch Miliartuberkulose des Bauchfells hervorgerufenen Ileus gestorben ist. Am 18. Januar erkrankte sie, nachdem sie schon längere Zeit gefiebert und an Stuhlgangsbeschwerden gelitten hatte, unter den Symptomen des Ileus. Die sofort nach dem Eintritt des fäkalen Erbrechens gemachte Laparotomie war erfolglos, da die mit zahllosen miliaren Knötchen übersäten Därme sowohl mit der Bauchwand als unter einander fest verwachsen waren. Pat. überlebte diesen Eingriff noch 14 Tage. Die Sektion, die leider auf das Abdomen beschränkt werden musste, bestätigte den bei der Operation erhobenen Befund.

1) G. Budin. Leçons de clinique obstétricale. 116 Abbildungen, zum Theil kolorirt.

Paris, O. Doin, 1889. 475 S.

Diese Vorlesungen behandeln nicht in systematischer Weise die gesammte Geburtshilfe; vielmehr stellen sie sich als klinische Vorträge dar, deren jeder ein für sich abgeschlossenes Ganzes bildet. Das scheinbare Durcheinander der abgehandelten Gegenstände findet darin seine Erklärung, dass der betreffende Vortrag sich meist an die Vorstellung eines zugehörigen Falles anschließt; so kommt es, dass gleich die zweite Vorlesung — die erste bespricht die Organisation des klinisch-geburtshilflichen Unterrichts — das Vorkommen und die Behandlung der Hämorrhoiden in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbette zum Gegenstande hat.

Im folgenden Vortrage, über innere Blutung durch vorzeitige partielle Lösung der Placenta handelnd, ist Verf. geneigt, einen ursächlichen Zusammenhang mit Albuminurie, in manchen Fällen übereinstimmend mit mehreren deutschen Autoren, anzunehmen. Eine Entscheidung, ob man sich bei interner Hämorrhagie vor Beginn der Geburt abwartend verhalten oder die Geburt unter allen Umständen einleiten solle, wagt B. nicht für alle Fälle zu treffen, sind doch Geburtshelfer wie Schröder und Spiegelberg in ihren diesbezüglichen Ansichten vollständig verschiedener Meinung.

In einem Kapitel über Anwendung von Chloroform in der Geburtshilfe theilt B. aus seinen Erfahrungen mit, dass er häufig seine Zuflucht zum Chloroform nehme, welches er aber in weitaus den meisten Fällen nicht bis zu völliger Anästhesie, sondern bis zum Stadium der Analgesie mit bestehendem Bewusstsein zu geben nöthig gehabt habe. Die Zeit der Anwendung des Mittels richtet sich nach den Umständen, nach der Empfindlichkeit der Gebärenden, Schmerzhaftigkeit der Wehen u. a. Meist genügen wenige Inhalationen zur Erreichung des Zweckes. B. hat nie üble Zufälle, auch nicht bei Herz- oder Lungenkranken gesehen, eben so wenig einen verzögernden Einfluss auf die Geburt.

Vier Vorlesungen umfassen die Lehre von der geburtshilflichen Untersuchung. Verf. bespricht in diesem Kapitel außer der Technik eine Menge von Gegenständen, die wir in einem Lehrbuche in den verschiedensten Abschnitten zu finden gewohnt sind. So finden sich hier vereint Besprechungen aus Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft und Geburt bei Erst- und Mehrgebärenden (Geburtsperioden, Verhalten des Fruchtwassers, normale und fehlerhafte Kindeslagen, Geschwülste, einige Beckenanomalien etc.).

Eine eigene Vorlesung ist, im Anschlusse an einen hierher gehörigen Fall, den Lähmungen der oberen Extremitäten bei

Neugebornen gewidmet. Meist sind es die von den 5. und 6. Cervicalnerven versorgten Muskeln, Deltoides, Biceps, Supinatores, welche von der Lähmung betroffen werden, und zwar soll die häufigste Ursache bei der Extraktion des nachfolgenden Kopfes durch das Einhaken des 2. und 3. Fingers um den Hals gegeben sein; behauptet wird auch, dass die Seite, wo der Zeigefinger, als der stärkere, gewirkt habe, häufiger Sitz der Lähmung sei. Die nächst häufige Ursache ist Kompression der Nerven mit der Zange. Andere Beobachtungen wiesen als Ursache Druck der Clavicula auf die genannten Nerven, Kompression derselben durch die umschlungene Nabelschnur, direkte Zerrung an der Extremität nach. Selten sind Lähmung des gesammten Plexus brachialis. — In leichteren Fällen geht die Lähmung spontan zurück, andere widerstehen auch fortgesetzter Elektrotherapie.

Der Inhalt der Kapitel, welche sich auf Pflege und Ernährung des zu früh geborenen und des reifen Kindes so wie auf Blennorrhoea neonatorum beziehen, ist an anderer Stelle in diesem Blatte referirt.

Von Interesse ist in einer Abhandlung über Prolapsus uteri gravidi die Mittheilung und Abbildung eines Falles von Prol. ut. dupl. bei einer III gravida. Die beiden ersten Entbindungen verliefen glatt und rechtzeitig, in Folge des Vorfalles trat Frühgeburt im 7. Monat ein.

Von den übrigen Vorlesungen mögen hier noch erwähnt werden: Extraktion des nachfolgenden Kopfes, Lösung der Placenta, Schulterlage, Embryotomie, mehrfache Schwangerschaft, Schwangerschaft bei Anwesenheit von Tumoren, Mastitis, — um in Kürze auf die Reichhaltigkeit des Inhaltes des mit vortrefflichen z. Th. bunten Abbildungen versehenen Buches aufmerksam zu machen. Die Bibliographie ist stellenweise etwas einseitig behandelt.

Heyder (Leipzig).

---

2) **Nathan Bozeman** (Sohn). Die Nachbehandlung der Kolpo-Utero-Kystotomie und ähnlicher Operationen mittels einer neuen Vorrichtung für Irrigation und Drainage.

(New York med. journ. 1889. Juni 1. p. 592.)

Ohne Zeichnungen ist die Beschreibung dieser Vorrichtung schwer zu verstehen. Sie soll einen Strom von desinficirender Flüssigkeit abwechselnd mit Luft in die Scheide und aus ihr wieder herausleiten. Das in die Scheide eingeführte Zuleitungsrohr ist einem Pessar ähnlich gestaltet, und von Hartgummi, so dass es sich selbst an Ort und Stelle hält. Andererseits steht es mittels eines siphonartig gebogenen Rohres in doppelter Verbindung mit einem hochstehenden halbgefüllten Gefäß, nämlich durch die untere mit dem von Flüssigkeit erfüllten Gefäßtheil, während das obere Verbindungsrohr oberhalb der Flüssigkeit in den nur mit Luft erfüllten oberen

Theil des Gefäßes mündet. Regulirt man nun den Zulauf der Flüssigkeit mittels eines Hahnes so, dass sie das Rohrende nicht ganz ausfüllt, so wird immer Luft aus dem oberen Theil des Gefäßes eintreten, sobald sich die Siphonbiegung einmal entleert hat, also abwechselnd Wasser und Luft in die Vagina treten und von ihr aus auch durch eine Fistel in die Blase oder den Ureter. Dadurch wird aber offenbar eine bessere Drainage ausgeführt werden, als durch eine einfache Vorrichtung. Das Ableitungsrohr wird beliebig, hier auch durch Vermittelung eines siphonähnlich gebogenen Glasrohres in ein tiefer stehendes Gefäß geleitet. Die Vorrichtung, die Verf. an einer größeren Zahl von Operationen seines Vaters bewährt fand, ist bei der bekannten Firma G. Tiemann & Co. in New York zu haben.

Lühe (Demmin).

---

3) **E. Meisel.** Behandlung der parenchymatösen Mastitis und der Phlegmone der Brust mit dem Gipsverband.

(Bullet. génér. de thérap. 1889. No. 22.)

Die Resultate, welche Prof. Lukachewitsch bei der Behandlung der Epididymitis mit Verbänden erhalten hat, haben dem Verf. den Gedanken nahegelegt, dieselbe Behandlung bei den Entzündungen der Brust zu versuchen. Von 12 mit dieser Methode behandelten Fällen (7 Fälle von Mastitis parenchymatosa und 5 Fälle von Phlegmone mammae) hat sich der Abscess nur in 4 Fällen gebildet. Das angewandte Verfahren ist folgendes: Man wäscht die Brust, umgiebt sie mit einem Stück Gaze, lässt für die Brustwarze eine Öffnung; dann bedeckt man die Brust mit einem neuen Stück Gaze, das man in gut gelösten und gut gemischten Gips getaucht hat. Diese Gipskompresse soll die Brust von allen Seiten gut bedecken. Dieser Verband wird durch eine Binde gehalten, die 2mal täglich erneuert wird. Unter dem Einfluss dieses Verbandes verschwinden rasch die Schmerzen wie das Fieber.

Dasselbe Verfahren würde in den Fällen indicirt sein, wo man sich veranlasst sieht, die Milchsekretion zu hemmen. Nach der Angabe des Verf. wurden 24 Stunden nach dem Anlegen des Gipsverbandes die Brüste weich und die Milchabsonderung hört auf.

K. Ruhemann (Berlin).

---

4) **Auvard** und **Secheyron.** Hypnotismus und Suggestion in der Geburtshilfe.

(Arch. de tocol. 1888. Januar—März.)

Gerade Beobachtungen am Kreißbette über diesen Gegenstand bieten große Garantien der Wahrheit, da wohl nicht leicht eine Gebärende ihre Schmerzen vollkommen verheimlichen kann. Die verschiedensten Kriterien der Hysterie fehlen meist nicht bei den zum Versuche geeigneten Personen und diese müssen noch passend einige Zeit vor Eintritt der Geburt so zu sagen eingeübt, d. h. häufig in

Hypnose versetzt werden, da hierdurch die Einleitung derselben bei Beginn der Geburt erleichtert wird. Von den verschiedenen Verfahren zur Hypnotisirung wandten Verff. gewöhnlich Fixirung eines glänzenden Gegenstandes und Druck auf die Bulbi an.

Es folgen eine Anzahl Geburtsgeschichten aus der Litteratur, so wie einige der eigenen Beobachtung. Aus einer der letzteren entnehmen wir Folgendes (Obs. VII): Die im 7. Monat aufgenommene schwangere C., hysterisch, verweigert Anfangs, sich zu hypnotischen Experimenten herzugeben. Erst auf die Versicherung hin, sie werde eine natürliche Geburt, aber mit weniger Schmerzen durchmachen, lässt sie sich die Experimente gefallen. Druck auf die Bulbi genügte, um Hypnose hervorzurufen, so dass sie Berührung des sonst sehr druckempfindlichen linken Ovariums nicht mehr empfand. Auch der Suggestion war die C. sehr zugänglich; man redete ihr in Hypnose zu, ihre Entlassung aus der Anstalt von dem Direktor zu verlangen. Kurze Zeit nach dem Erwachen fand man sie in Thränen gebadet, mit Packen beschäftigt. Auf Fragen antwortete sie, sie wolle fort; wesshalb, das wisse sie nicht. Wieder von Neuem hypnotisirt, wurde ihr versichert, sie solle in der Anstalt bleiben, und gleich darauf, erwacht, begann sie sich zu verlängertem Aufenthalte einzurichten.

Der Beginn der Wehen war schmerzhaft; kurze Zeit danach wurde sie in Schlaf versenkt und gab während desselben an, wohl Empfindung, aber keine Schmerzen zu haben. Auch die Presswehen verliefen schmerzlos; ließ man sie erwachen, so klagte sie über heftige Schmerzen. Der Geburtsverlauf war schmerzlos bis auf 3 Kontraktionen, welche den Kopf durch die Vulva trieben, wobei sie sehr erregt war und heftig schrie. Nach Beendigung der Geburt hatte sie nur eine Erinnerung der genannten 3 Kontraktionen.

Die übrigen mitgetheilten, ausführlichen Geburtsgeschichten sind der berichteten ähnlich; meist war der ganze Geburtshergang schmerzlos und die Wöchnerin erstaunt, dass die Geburt beendet sei. Mehrmals auch gänzlicher Misserfolg.

A. schließt hieran eine beachtenswerthe gerichtlich-medicinische Betrachtung über mögliche Vorkommnisse bei hysterischen Kreißenden, die für diese oder aber auch für den Arzt große Unzuträglichkeiten im Gefolge haben können, und spricht sich gegen die Anwendung der Hypnose am Kreißbette aus, höchstens will er dieselbe in der Eröffnungsperiode gestatten. **Heyder** (Leipzig).

---

5) **Mendes de Léon** (Amsterdam). Betrachtungen über die Gynäkologie als selbständige Wissenschaft.

(Nederl. tijdschr. voor Geneeskunde 1889. No. 2.)

Ein sehr interessanter Beitrag zur Entwicklungsgeschichte der Gynäkologie von der frühesten bis zur jetzigen Zeit.

Die Betreibung der Gynäkologie wie eine specielle Wissenschaft,

wie es besonders in den für die Behandlung von Frauenkrankheiten eingerichteten Spitälern nöthig ist, wird vom Verf. besonders hervorgehoben.

A. Mijnlieff (Breukelen).

---

6) **H. Treub** (Leyden). Über Sterilität.

(Vortrag, gehalten in der Jahresversammlung holländischer Ärzte zu Haarlem.)
(Nederl. tijdschr. voor Geneeskunde 1889. No. 1.)

Eine besonders für praktische Ärzte sehr wichtige Verhandlung über den jetzigen Standpunkt zur Lehre der Sterilität, ihre Ursachen und Behandlungsweise.

A. Mijnlieff (Breukelen).

---

7) **Straub** (Utrecht). Ein Sterilisator zu chirurgischen Zwecken.

(Nederl. tijdschr. voor Geneeskunde 1889. No. 25.)

Im pathologischen Laboratorium des Militärspitals in Utrecht wurde vom Verf. seit geraumer Zeit ein ganz einfacher Apparat — nämlich der in der Küche zum Erbsenkochen verwendete Erbsendampfer — zur Desinfektion der Cylinder für Watte, Nährboden etc., der Wasserbehälter für Instrumente benutzt. Als S. später von Herrn Timmerman, Generalarzt, Inspektor des Sanitätsdienstes der königl. niederländischen Armee, den Auftrag erhielt, über die Einführung eines Sterilisators zu chirurgischen Zwecken zum Gebrauche in den Militärspitälern und im Felde zu berichten, lag die Idee auf der Hand, den Erbsendampfer in etwas größerem Maßstabe und haltbarerer Weise anzufertigen. Man hatte bei der Konstruktion dieser größeren Apparate besonders einen Fehler zu verbessern. Die darin desinficirten Gegenstände sind nämlich einigermaßen feucht, und obgleich der hineingedrungene Dampf bei der Kondensation nur eine geringe Quantität Wasser bildet, die größtentheils durch die Hitze noch verdunstet, so werden die Gegenstände doch nicht völlig trocken. Diesem Fehler musste in irgend einer Weise abgeholfen werden. Der Apparat besteht aus einem cylindrischen Wasserbehälter, der den Dampf liefern und zugleich die Instrumente sterilisiren soll, und einem mit Filz bekleideten Cylinder zur Sterilisation der Verbandstoffe, Verbandschalen, Handtücher, Operationsröcke etc. Den Modus operandi dieses vorzüglichen und ganz billigen Apparates kann man im Original nachlesen.

Die Zuverlässigkeit dieses Sterilisators hat sich durch zahllose bakteriologische Prüfungen ganz nach demselben Princip konstruirter Desinfektoren bewährt, somit durch Versuche, welche S. mit ihm im pathologischen Laboratorium in bekannter Weise anstellte.

Eben so ist der Apparat billiger, als andere zum gleichen Zwecke konstruirte, und wenn mit Antisepticis getränkte Verbandstoffe beim Gebrauche dieses Apparates überflüssig werden, so wird sich auf die Dauer bei Benutzung desselben eine erhebliche Ersparnis herausstellen.

Man braucht zur Sterilisation eine halbe Stunde. Die Sterili-

sation der Instrumente ist mit Vorsicht einzuüben. Die Qualität des Wassers kann darauf von Einfluss sein und nicht alle Instrumente ertragen das Aufkochen gleich gut. Wenn das Aufkochen der Instrumente eine allgemeine Methode werden soll, dürften Instrumente mit metallenen Griffen allgemein in Anwendung gezogen werden.

Der Sterilisator ist beim Mechanikus Harting-Bank in Utrecht zum Preise von 38 fl. zu beziehen. **A. Mijnlieff** (Breukelen).

Kasuistik.

8) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am Freitag, den 22. November 1889.

Vorsitzender: Herr Jaquet; Schriftführer: A. Martin.

Die Herren Hintze-Brandenburg, Frank, Gebhard und Behm-Berlin werden als ordentliche Mitglieder der Gesellschaft aufgenommen. Herr Brinckmann zeigt seinen Austritt an, bei Gelegenheit seiner Abreise von Berlin.

I. Demonstration von Präparaten.

a) Herr Gottschalk legt ein von ihm vor 8 Tagen durch die Laparotomie gewonnenes Präparat vor, welches zwei Corpora lutea-Cysten in dem rechten Eierstocke einer 28jährigen, seit 3 Jahren steril verheiratheten Frau zeigt. Die eine Cyste ist orangegroß, die andere kleinapfelgroß. Die Cystenwand ist ziemlich dick, wird von dem Ovarialgewebe gebildet und lässt makroskopisch einzelne geschwellte Follikel erkennen. Die Innenfläche der Cysten ist glatt, aber wellig, stellenweise haftet ihr noch Blut an. Beide Cysten kommuniciren nicht mit einander, sondern sind durch eine 1 cm breite Brücke von einander getrennt. Der Inhalt beider Cysten war dunkel verfärbtes Blut, das mikroskopisch alle möglichen Stadien des Zerfalles aufwies. Die zugehörige, stark geschlängelte Tube ist mit der Eierstocksgeschwulst innig verwachsen, in ihrer Wand ziemlich gleichmäßig verdickt, leer, aber in ihrem abdominalen Ende so weit offen, dass die Kuppe eines mittelstarken Zeigefingers bequem in dasselbe eindringen kann.

Die Geschwulst saß intraligamentär und musste aus dem Bindegewebe ausgeschält werden; außerdem bestanden Adhäsionen mit dem Peritoneum des Beckens, die abgebunden werden mussten.

Der Uterus lag retroflektirt und durch zahlreiche Adhäsionen nach links fixirt. Die Adhäsionen ließen sich stumpf ablösen; der Uterus wurde aufgerichtet, aber nicht an die Bauchdecken angenäht, weil die Kranke lebhaft Nachkommenschaft wünscht und man ja noch nicht weiß, ob die Fixation des Uterus an die Bauchwand nicht doch eventuell nach eingetretener Konception den Abortus begünstigen kann.

Aus der Anamnese ist noch nachzutragen, dass Pat. vor 3 Jahren ein Ulcus molle an der rechten großen Schamlippe acquirirt haben will. Sie hatte stets über starke Schmerzen während der Menstruation zu klagen; seit 6 Monaten haben sich heftige Kreuzschmerzen eingestellt, denen sich Schmerzen in der linken Seite zugesellten, die auch während der Nacht andauerten. Daneben bestanden starker Harndrang, linksseitige Kopfschmerzen und Magenschmerzen. Die rechtsseitige Eierstocksgeschwulst machte also offenbar keine merklichen Beschwerden, sondern die Schmerzen gingen wesentlich von links und hinten aus, wo der Uterus fixirt lag.

Das Präparat verdient in doppelter Hinsicht ein besonderes Interesse: es beweist, 1) dass es wirkliche Corpora lutea-Cysten von Orangegröße giebt und 2) dass die Ansicht von Rokitansky, wonach nur aus solchen Corpora lutea sich Cysten entwickeln, welche auf eine Konception zu beziehen seien, nicht richtig ist. Die Operirte ist niemals schwanger gewesen. Im Übrigen geht es derselben gut, die Konvalescenz ist ungestört und die Schmerzen sind verschwunden.

b) Herr Flaischlen legt ein doppelseitiges papilläres Kystom vor, welches er vor drei Jahren durch die Laparotomie entfernt und damals schon demonstrirt hatte (Centralbl. f. Gynäk. Bd. XI, p. 11 und Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäk. Bd. XIV, p. 241).

Im Sommer des Jahres 1886 war die Trägerin dieser Geschwulst, Fräulein B., von einem hervorragenden Chirurgen Berlins laparotomirt worden. Derselbe hatte beim Eröffnen des Abdomens die Därme in großer Ausdehnung von rothen, Fischroggen-ähnlichen Exkrescensen bedeckt gefunden. Da er den Fall für verloren hielt, hatte er von der Exstirpation der Tumoren Abstand genommen und es bei der Probeincision bewenden lassen.

Ein Vierteljahr darauf wurde die Kranke (zum 2. Male) von F. laparotomirt. Bei Eröffnung der Bauchhöhle entleerte sich blutiger Ascites und die Därme zeigten sich mit granulationsähnlichen Gebilden übersät. Außer diesen Granulationen fanden sich in der Nähe des linksseitigen Tumors, bei welchem die papillären Exkrescensen durch Perforation der Cystenwandung an die Oberfläche gelangt waren, auf den Därmen kleine, weißliche, echte Papillome. Die massenhaften Granulationen auf den Därmen hielt F. für eine besondere Form chronischer Peritonitis. Die kleinen Papillome waren jedoch unbedingt als peritoneale Metastasenbildung, durch den Tumor hervorgerufen, anzusehen. Trotz dieses Befundes waren die Tumoren exstirpirt worden. Bei der mikroskopischen Untersuchung hatten sich die Geschwülste noch als gutartig erwiesen. — Heute, nach drei Jahren, ist die Pat. noch vollkommen gesund. Kein Recidiv. Sie hat sich außerordentlich erholt, sieht blühend aus und hat keine Beschwerden.

Dieser Fall beweist wieder die Thatsache, die durch mehrere Mittheilungen bereits erwiesen ist: dass Peritonealmetastasen papillärer Tumoren nach Entfernung der inficirenden Geschwülste lange Zeit stationär bleiben oder sich vollkommen zurückbilden können, hauptsächlich dann, wenn die entfernten Tumoren anatomisch noch gutartig waren.

c) Herr Brosin demonstrirt einen sarkomatös erkrankten Uterus, welcher durch die vaginale Totalexstirpation entfernt worden ist.

Das Präparat stammt von einer 43jährigen Frau, die mehrmals geboren hat und sich bis vor 2 Jahren völlig gesund fühlte. Von dieser Zeit an trat die Periode sehr stark auf, sie dauerte seit einem Jahre jedes Mal 3 Wochen an, während die Pausen nur 14 Tage betrugen. Zwischen den Perioden bestand fleischwasserähnlicher Ausfluss. Letzte Regel am 3. Oktober 1889. Mit ihrem Eintritt stellten sich wehenartige Kreuzschmerzen ein, Gefühl von Druck im Unterleibe. Der Ausfluss wurde übelriechend. Pat. ließ sich erst am 26. Oktober in der kgl. Universitätsfrauenklinik aufnehmen. Sie sah sehr elend und abgefallen aus und fieberte. Der Uterus war durch einen harten Tumor auf Mannskopfgröße ausgedehnt. Derselbe ragte mit einem kindskopfgroßen gangränescirenden Abschnitte in die Scheide hinein. Oberhalb dieses Abschnittes fühlte man den scharfen Saum des nahezu erweiterten Muttermundes. Nach vorausgeschickter permanenter Irrigation wurde am 29. Oktober die Enucleation des als Myom gedeuteten Tumors von der Scheide aus versucht. Die Geschwulstmasse erwies sich dabei als äußerst brüchig, die Beschaffenheit der Bruchstücke gab sofort zu erkennen, dass es sich nicht um ein Myom, sondern um ein Sarkom handelte. Nach Entfernung von etwa 500 g Geschwulstmasse aus der Scheide und dem Cavum wurde die Operation abgebrochen, der Uterus der starken Blutung wegen tamponirt. An den nächsten Tagen verkleinert sich der Uterus unter Verabreichung von Ergotin zusehends. Fieber mäßig, nur am 3. November Schüttelfrost und Temperatur von 40,6°. Irrigation des Uterus mit essigsaurer Thonerde.

Am 5. November Entfernung des Uterus (Herr Geheimrath Olshausen). Zunächst wird von der Scheide aus die Portio umschnitten, der Cervix freipräparirt (der Jauchung aus dem Cavum wegen sein Kanal durch Nähte verschlossen), Ligaturen durch beide Parametrien. Alsdann Bauchschnitt und Vollendung der Operation von der Bauchhöhle aus. Die Vaginalwände wurden mit einander vernäht, eben so das Peritoneum über dem durch Entfernung des Uterus entstandenen

Defekt durch fortlaufende Katgutnaht geschlossen. Pat. war nach der Operation äußerst schwach, erholte sich nur vorübergehend und starb am 8. November. Die Sektion ergab: Retention zersetzter Flüssigkeit zwischen vernähter Vagina und Peritoneum. Degeneration des Herzfleisches, der Leber und Nieren. Keine Peritonitis.

Der vorliegende Uterus ist etwa kindskopfgroß, die Wand 1—1½ cm dick. Das Cavum wird ausgeweitet durch einen kleinfaustgroßen Rest des Sarkoms. Dasselbe entspringt von links her mit einer runden, etwa 6 cm im Durchmesser haltenden Basis, die gleichweit auf die vordere und hintere Uteruswand übergreift. Das Endometrium ist im ganzen übrigen Uterus intakt, es überzieht den Tumor von den Rändern her eine Strecke weit mit zarter Schicht. In die Muskulatur ist die umschriebene Wucherung nicht vorgedrungen, sie scheint im Endometrium an der Grenze der Muskelwand entstanden zu sein.

Das Präparat ist beachtenswerth, weil es im Gegensatz zu der in letzter Zeit vielfach besprochenen diffusen sarkomatösen Entartung des Endometrium eine circumscripte Neubildung darstellt, wie wir das auch sonst in der Pathologie beim Sarkom zu sehen gewohnt sind. Mikroskopisch besteht der Tumor aus Spindelzellen; die eingehendere Beschreibung des histologischen Befundes wird an anderer Stelle erfolgen.

II. Herr Winter demonstrirt nach einigen einleitenden Bemerkungen über Hermaphroditismus einen Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus externus.

A. St. aus Frankfurt a/O. suchte im September a. c. die Poliklinik der kgl. Universitätsfrauenklinik auf mit der Frage, warum sie ihre Menstruation nicht bekäme, und ob sie trotzdem heirathen könne; seit dem 16. Jahre will sie gelegentlich geschlechtliche Erregungen beim Anblick eines Mannes und alle 2—3 Wochen auch Pollutionen nach wollüstigen Träumen haben, dessen Gegenstand immer ein Mann war; seit ¼ Jahr ist sie verlobt, liebt ihren Bräutigam und hat jetzt auch im wachen Zustande wollüstige Empfindungen mit Abgang von Flüssigkeit bei Umarmungen desselben.

Die Untersuchung ergiebt Folgendes:

Der Typus ist ein durchaus weiblicher; sie hat ein bartloses weibliches Gesicht und lange Haare; ihr Wesen ist durchaus weiblich. Die Brüste sind gut entwickelt, für eine Nullipara auffallend gut.

Das Becken hat folgende Maße: D. spin. 28, D. crist. 29,5, D. troch. 34, Conj. ext. 19,5, Conj. diagon. 12. Die Symphyse ist plump, 16 cm hoch. Der Schambogen ist spitz. Die äußeren Genitalien gleichen einem gespaltenen Scrotum; in beiden Hälften liegen taubeneigroße Hoden, an deren hinterer Kante man die Epididymis nachweisen kann, welche nach oben ins Vas deferens übergeht. Die Haut des Scrotum hat eine Tunica dartos.

Ein Penis fehlt fast vollständig; statt dessen sieht man ein der Clitoris ähnliches Gebilde, noch kleiner, als eine normale Clitoris; auf der unteren Fläche eine seichte rautenförmige Grube, welche seitlich von kleinen Schleimhautfalten umstanden ist, welche den kleinen Labien beim Weibe entsprechen. Weiter nach hinten, dicht vor dem normal gebildeten Frenulum, ist der Eingang in den Sinus urogenitalis, welcher 2—3 cm tief ist und ein Fingerglied aufnimmt; an der vorderen Peripherie ist der Eingang in die Urethra, deren geschlossener Theil noch 7 cm lang ist; in der hinteren Wand zwei kleine symmetrische Öffnungen, welche sich 1 cm sondiren lassen.

Die Austastung der Beckenorgane ergab nichts weiter, als die beiden nach hinten verlaufenden Vasa deferentia, die beiden Ureteren und den im Becken liegenden Theil der Harnröhre. Prostata und Samenblasen sind nicht nachweisbar. Jede Spur von Uterus masculinus und Tuben fehlt.

(Der Fall wird genauer in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie beschrieben werden.)

III. Herr Glöckner berichtet über einen abnormen Geburtsmechanismus, welchen derselbe bei drei wesentlich nur in der Conjugata verengten Becken beobachtet hat: der Kopf trat mit extrem tiefgesenktem Hinterhaupte in das Becken ein und

stellte sich sowohl im Eingange des Beckens, als auch beim Durchtritt durch dasselbe mit der Pfeilnaht andauernd in den geraden Beckendurchmesser ein. Die Ätiologie dieses abweichenden Mechanismus dürfte in einer abnorm starken Drehung des kindlichen Rückens nach vorn zu finden sein.

(Der Vortrag wird in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie erscheinen.)

Herr Olshausen bestätigt nach früheren eigenen Beobachtungen das Vorkommen der Einstellung des Kopfes nahezu im geraden Durchmesser des Beckeneinganges bei mäßig platten Becken. Die Einstellung erinnert an die bei schrägovalen oder auch bei allgemein gleichmäßig verengten Becken. Herr Olshausen sieht auch darin eine Wirkung der Drehung des Rumpfes. Der Kopf macht augenscheinlich schon im Beckeneingang die 3. Drehung.

Herr Veit: Die bemerkenswerthen Mittheilungen des Herrn Vortr. erinnern mich an zwei ähnliche Beobachtungen, in denen bei gerader Verengerung des Beckeneinganges in gleicher Weise eine Einstellung mit gesenkter kleiner Fontanelle und im geraden Durchmesser verlaufender Pfeilnaht von mir festgestellt wurde. In einem dieser Fälle kam es bei dem weiteren Geburtsverlaufe zur Anlegung der Zange im Becken mit all den Schwierigkeiten der Extraktion, die für das allgemein verengte Becken charakteristisch sind. Bei der Schwierigkeit der Diagnose dieser letzteren Beckenform möchte ich für meine Fälle die Deutung festhalten, dass hier die allgemeine Beckenverengerung den Mechanismus beeinflusste, sei es, dass es sich um ein allgemein verengtes Becken mit im Beckeneingang stark vorspringenden Promontorium handelte, sei es, dass eine Form des platten Beckens vorlag, bei dem das absolute Maß des Querdurchmesser nicht geburtshilflich verwerthbar war, weil das Promontorium in gleicher Höhe oder vor diesem Querdurchmesser lag. So wichtig mir auch die andere Deutung scheint, so möchte ich doch den Herrn Vortr. fragen, ob nicht in seinen Fällen eine ähnliche Möglichkeit vorlag; denn wenn man ein wirklich oder ein nur im geburtshilflichen Sinne allgemein verengtes Becken annehmen dürfte, würden die Beobachtungen nicht so auffallend sein.

Ich bin gewiss nach den Mittheilungen des Herrn Vorsitzenden und des Herrn Vortragenden davon überzeugt, dass meine Vermuthung für die vorliegenden Beobachtungen nicht zutrifft, möchte sie aber für meine zwei Fälle als Erklärung aufrecht erhalten und in zukünftigen diese Möglichkeit als eine berechtigte wenigstens beachtet sehen.

Nachdem die Herren Olshausen, Odebrecht und Cohn den Vorgang selbst an einem Becken mit einem kindlichen Schädel weiter erörtert, demonstrirt Herr Glöckner nochmals seine Beobachtungen.

---

9) Verhandlungen der geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 19. Februar 1889.

Vorsitzender: Herr Hotte; Schriftführer: Herr Lomer.

Herr Jaffé hält seinen angekündigten Vortrag über Antisepsis beim Neugebornen.

Das Verdienst, sich mit dieser Frage zuerst eingehend beschäftigt zu haben, gebührt Epstein. An dessen Ausführungen lehnt Jaffé sich an.

Im Allgemeinen unterschätzt man die Gefahren des Neugebornen, durch Infektion zu erkranken. Würden mehr Sektionen gemacht, dann würde es sich herausstellen, dass mancher sogenannter Darmkatarrh, manche sogenannte Atrophie auf eine stattgehabte Infektion zurückzuführen ist. Die häufigste Eingangspforte für Keime in den kindlichen Organismus ist der Nabel. Fällt der Nabelschnurrest ab, so geschieht es durch eine reaktive Entzündung. Dieselbe äußert sich in verschiedenen Graden, entweder als Erosion, als Ulceration oder als Phlegmone. Am größten ist die Infektionsgefahr vor dem Abfall des Nabelschnurrestes. Epstein brachte Jodoform, Salicylsäure etc. auf den eintrocknenden Nabelschnurrest von Kindern und konnte oft schon 3—4 Stunden später diese Stoffe im kindlichen Urin nachweisen. War der Nabelschnurrest bereits abgefallen, dann verstrich mehr Zeit, bis die Substanzen im Urin erschienen. Der Verlauf einer der-

artigen, vom Nabel ausgehenden Infektion ist oft keine so akute wie bei Erwachsenen. Daher kommen denn oft verkehrte Deutungen und falsche Diagnosen. Ein Kind stirbt z. B. an Pleuritis oder Meningitis. Bei der Sektion findet man dann aber eine Thrombophlebitis der Nabelgefäße und damit ist die erste Eingangspforte der Gifte ermittelt.

Derartige Beobachtungen fordern zu energischer prophylaktischer Antisepsis des Nabels auf und führen zur Frage: Wie soll man nun den Nabel am besten behandeln?

Es hat sich gezeigt, dass antiseptische Verbände nicht am Platze sind, denn sobald man die Luft abschließt, geht die Mumifikation des Nabelschnurrestes sehr viel langsamer vor sich. Je freier die Ventilation, um so normaler der Verlauf. Epstein hat daher besondere Nabelbinden konstruiren lassen mit einer excentrisch gelegenen, mit Gaze überzogenen, sackförmigen Ausstülpung für den Nabelschnurrest.

Auch die Scheren und das Band, womit man den Nabelstrang abschneidet resp. unterbindet, müssten aseptisch sein. Nächst dem Nabel ist die Mundhöhle die wichtigste Infektionsquelle für Neugeborne. Durch Aphthen und Erosionen der Mundschleimhaut können Phlegmone am Gesicht und am Halse des Kindes bedingt werden. Will man dasselbe vor Infektionen von dieser Seite her möglichst bewahren, dann solle man von allem Reiben und Auswischen der Mundhöhle abstehen, man erzeugt damit nur Wunden und schadet mehr als man nützt. Anders verhält es sich selbstverständlich in solchen Fällen, wo bereits eine Mundinfektion stattgefunden hat. — Fernere Infektionswege sind die Lungen. Durch Einathmung von fauligem Fruchtwasser kommen septische Pneumonien vor. Sodann bilden noch die Augen und Genitalien Eingangspforten, von wo aus durch Aufnahme des Trippergiftes aus dem Genitalkanal der Mutter die bekannten virulenten Katarrhe entstehen. Ja selbst Cystitis, Pyelitis und Pyosalpinx hat man bei Neugebornen beobachtet.

Ganz besondere Beachtung verdient die Hygiene des Darmkanals. Durch Einführung des Soxleth'schen Apparates kann man den Kindern heut zu Tage allerdings sterilisirte Kuhmilch geben, aber diese ist noch lange keine Muttermilch und es werden immer noch Fälle übrig bleiben, wo eine Amme nöthig wird. Auch die Muttermilch ist sehr verschieden und kann zuweilen dem Kinde nicht bekommen.

Anschließend an seinen Vortrag stellt Herr Jaffé die Frage der künstlichen Ernährung Neugeborner zur Diskussion.

Die Diskussion wird auf nächste Sitzung vertagt.

Sitzung vom 5. März 1889.

Vorsitzender: Herr Hotte; Schriftführer: Herr Lomer.

Herr Paschen (als Gast) demonstrirt das Sektionspräparat einer Vagina et uterus septus duplex. Die 29jährige frühere Puella publica hatte sich mit Phosphor das Leben genommen. Mit dem 11. Jahre zuerst menstruirt gewesen, wurde sie in den Jahren 1875/76 im Krankenhause an Gonorrhoe behandelt. Bei dieser Gelegenheit wurde konstatirt, dass eine blutige Absonderung aus beiden Uterusostien stattfand.

Das Präparat ist desshalb noch bemerkenswerth, da in der Furche zwischen beiden Uteruskörpern ein, den Raum ausfüllendes hühnereigroßes subseröses Myom sitzt.

Herr Schütz sah in Leipzig drei ähnliche Fälle. Außerdem beobachtete er einmal bei der Geburt ein unvollständiges Septum der Vagina. Das Kind wurde aus der einen Vulvaöffnung, die Placenta aus der anderen geboren.

Diskussion über den Vortrag des Herrn Jaffé.

Herr Voigt glaubt, dass, wie Augenblennorrhoe durch Infektion in der Geburt beim Kinde entstehe, auch Infektion des Nasenrachenraumes durch Aspiration von Gonokokken zu Stande kämę. In einer Familie hatten alle Kinder bis auf eines einen chronischen Rachenkatarrh. Jenes eine kam im intakten Ei zur Welt. In

derartigen Fällen von Nasengonorrhoe will Herr V. Borsäurepulver in die Nase bringen.

Herr Schütz glaubt nicht, dass die Nasenschleimhaut in dieser Beziehung in Parallele zu stellen ist mit der Conjunctiva. Bei letzterer haften die Gonokokken auch ohne äußere Verletzung, während man für eine Infektion von der Nase aus vielleicht eine vorhergegangene Verletzung annehmen müsse.

Herr Fränkel glaubt nicht, dass gonorrhoische Infektionen der Nase bisher sicher beobachtet wurden. Auch hält Herr F. die von Herrn Jaffé angenommene Möglichkeit, dass eine Stomatitis des Kindes aufs Ohr übergehe und von dort aus Meningitis erzeuge, für unwahrscheinlich. Intra-uterine Infektionen seien nicht, wie Jaffé sagt, ausgeschlossen. Im Allgemeinen gehen Mikroorganismen von der Mutter aufs Kind nicht über, wenn aber Herderkrankungen der Placenta vorkommen, dann sei von dieser aus die Infektion des Kindes möglich. Am häufigsten wurde das Kind vom Nabel aus inficirt und zwar sei die reaktive Entzündung, die den Nabelabfall bedinge, nicht pathologisch, sondern etwas Normales. Die Infektionsgefahr sei für das Kind am größten, ehe diese reaktive Entzündung eintrete, ehe also die Natur einen Schutzwall gegen eindringende Stoffe geschaffen habe. Die Mumifikation des Nabels sei gleichfalls eine Schutzmaßregel der Natur, denn wo keine Feuchtigkeit ist, da können Mikroorganismen sich nicht entwickeln. Infektion des Genitalkanals des Kindes durch die Geburt sah F. bisher nicht.

Herr Jaffé meint, dass die Möglichkeit der Infektion der Vaginalschleimhaut des Kindes eben so vorhanden sei, wie bei der Conjunctiva. Er leugnet nicht die Möglichkeit der intra-uterinen Infektion, er wolle nur den Ausdruck »puerperale Infektion der Neugebornen« ausmerzen.

Es kommen Fälle vor, wo der Nabel ohne jede reaktive Entzündung abfällt, vielleicht sei dieses das Normale und würde man diesen Vorgang häufiger sehen, wenn es gelänge, alle Keime vom Nabel fern zu halten.

Herr Aly hat auch beobachtet, dass zuweilen der Nabel ohne jegliche Entzündungserscheinung, wie Röthe oder Schwellung, abfällt.

Herr May fragt, wie denn der Nabel am besten zu behandeln sei. Ganz könne man die Feuchtigkeit doch nicht fernhalten, schon desshalb nicht, da das Kind täglich gebadet wird.

Herr Jaffé antwortet Herrn May, dass er in seinem Vortrage den Gebrauch eines permeablen Verbandstoffes zur Einwicklung des Nabels befürwortet habe.

Herr Fränkel kommt auf die Frage der reaktiven Entzündung beim Nabelabfall zurück. Es entstehe eine Demarkation und diese sei hervorgegangen aus einer reaktiven Entzündung. Wo letztere ausbleibt, sei der Fall also nicht normal.

Herr Schütz giebt Herrn Fränkel Recht. Es komme zur Auswanderung von Eiterkörperchen, die einen Wall bilden und die Ernährung des Nabelschnurrestes aufheben. Sei diese Auswanderung gering und trockneten die den Nabelschnurresten naheliegenden Eiterkörperchen gleich ein, dann könne man wohl oft auch von einer Entzündung nichts sehen. Sei die reaktive Entzündung aber hochgradig, dann würde man sie für pathologisch ansehen.

Herr Jaffé. Zum Begriff der Entzündung gehörten Rubor, Calor, Tumor et Dolor. Diese fehlten aber beim Nabelabfall oft; darum sei es auch keine Entzündung. Herr Aly stimmt dem bei.

Herr Olshausen. Der Nabelschnurrest sei ein Organ, welches plötzlich von einem Augenblick zum andern nicht mehr ernährt werde. Es fehlen dafür Analoga bei Sequestrirungen anderer Körpertheile. Daher könne vielleicht ein einfaches Absterben ohne reaktive Entzündung vorkommen.

Herr Fränkel bleibt dabei, dass überall, wo Demarkationen eintreten, auch eine reaktive Entzündung vorhergehe. Solche trete ja doch auch sogar bei der Heilung von Wunden ein, die in prima intentione sich an einander legen.

Herr Staude liest einen Brief vor, welchen die Kommission der Geburtshilflichen Gesellschaft in Berlin, behufs Ermittelung der Konceptionsdauer, an ihn gerichtet hat, und bittet den Vorstand, die Aussendung von Frageformularen in die Hand zu nehmen.

Es wird beschlossen, die Schemata vervielfältigen zu lassen und allen Mitgliedern des ärztlichen Vereins zuzuschicken.

---

10) **Secheyron** (Toulouse). **Elektrolyse und vaginale Hysterotomie.**

(Arch. de tocol. 1889. April.)

Energisch wendet S. sich gegen de La Torre und weist ihm nach, dass die von ihm angeführten Krankengeschichten ihre Resultate keineswegs der Elektrolyse verdanken. Theils war die Geschwulst in der Abstoßung begriffen, als das elektrische Verfahren begann, theils mussten doch noch chirurgische Eingriffe folgen, kurz, eine rein durch Apostoli's Methode erzielte Heilung ist in den 8 Krankengeschichten nicht zu finden. Die außerordentlich günstigen Procentverhältnisse der »Heilungen« durch Elektrolyse sind nach S. nur mit größter Vorsicht aufzunehmen.

Heyder (Leipzig).

11) **Ch. J. Cullingworth.** **Drei Fälle vereiterter Dermoidcysten des Ovarium selbst oder in der Nähe desselben gelegen. Laparotomie.**

(St. Thomas' Hospital Reports, Bd. XVII.)

I. 39jährige XVgravida. 3 Aborte. Letzter 1/4 Jahr vor Aufnahme der Pat., welche seit jenem bettlägerig war, fieberte, an Erbrechen und Diarrhoe litt. Untersuchung ergab einen linksseitigen Abdominaltumor. Bei der Laparotomie fand er sich mit Netz und Darm vielfach verwachsen und gab bei der Perkussion tympanitischen Schall. Das rechte Ovarium war hühnereigroß. Beide wurden entfernt. Der linksseitige Tumor war eine vereiterte, gashaltige Dermoidcyste. Pat. genas.

C. weist darauf hin, dass trotz der doppelseitigen Entartung der Ovarien noch Schwangerschaft eingetreten sei. Er sieht in solchen Vorkommnissen eine Mahnung, die Ovarien nicht wegen geringfügiger Veränderungen zu entfernen, da sie, selbst wenn jene schon erhebliche sind, doch noch funktioniren können.

II. 36jährige IVpara. Die 3 ersten Entbindungen normal. 6 Monate vor der letzten Geburt peritonitische Erscheinungen, welche wieder zurückgingen. Instrumentelle Entbindung. Fieberhaftes Wochenbett. Starker Eiterabgang per vag. Zweimalige Erweiterung eines in dieselbe perforirten Abscesses, aus dem sich einmal größere Mengen von Haaren entleerten. In der rechten Regio iliaca ein Tumor. Bei der Aufnahme der Pat. konnte eine Fistel in der Vagina nicht mehr gefunden werden, wohl aber eine Narbe in der hinteren Wand des Cervix. C. nimmt an, dass dort der Durchbruch erfolgt sei. — Bei der Laparotomie wurde zuerst eine Dermoidcyste des rechten Ovarium entfernt. Dann fand sich im Douglas noch eine zweite, eben solche, deren Ausschälung sehr schwierig war. Während derselben floss stinkender Eiter aus der Vagina. Glasdrainage durch die Bauchwunde. Fieberhafter Verlauf. Heilung.

C. sucht es zu rechtfertigen, dass er hier nicht nach der Vagina drainirt, was nach Ansicht des Ref. entschieden richtiger gewesen wäre.

III. 35jährige IXgravida. 5 Aborte. Menses 12 Monate vor der Aufnahme ausgeblieben. Plötzliche Erkrankung. Heftige Blasenbeschwerden; Erbrechen; Fieber. Großer Tumor zwischen Nabel und Schambein. Bei der Laparotomie wurde der Tumor, der überall mit den Bauchdecken fest verwachsen war, unversehens eröffnet. Gas, Eiter, Haare entleerten sich. Am Boden der Cyste, in sie hineinragend, fanden sich das rechte Ovarium und Tube. Drainage. Nach 2 Tagen Abgang fäkulenter Flüssigkeit durch ein Drain. Am 9. Tage post operat. bedrohlicher Collaps. Von da ab fortschreitende Besserung. Im Januar d. J. bestand noch eine Fistel, aus der sich aber nur geruchloser Eiter entleerte.

Graefe (Halle a/S.).

12) **Johnson** (Washington). **Tetanus nach Ovariotomie.**

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1889. Juli 13. p. 63.)

J. sah kürzlich eine Frau von 60 Jahren 3 Tage nach Ovariotomie (Sarkom) an Tetanus sterben. Dies veranlasste ihn, die bisher veröffentlichten Fälle ähnlicher Art zusammenzustellen und er fand außer den schon von Parvin 1877 ge-

sammelten 10 noch 5, also zusammen 15 Fälle. Die Operateure haben mithin auch auf die Möglichkeit einer solchen Wundkrankheit Rücksicht zu nehmen.

Lühe (Demmin).

13) **H. Amon** (Forchheim). Zur Behandlung der Uterusatonie.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 17.)

Auf Grund eines ausführlich geschilderten, glücklich abgelaufenen Falles spricht Verf. die Überzeugung aus, dass bei schwerer Uterusatonie unter Umständen das Secale cornutum, bezw. die subkutane Injektion einer frisch bereiteten Ergotinlösung allen anderen bei Atonie bisher angewendeten Methoden — auch der Tamponade — überlegen sei. Man wird also gut thun, bei allen ähnlichen Fällen sofort eine frische Lösung bereiten zu lassen, um sie von Anfang an neben den anderen therapeutischen Maßnahmen verwenden zu können.

Buschman (Wien).

14) **S. Remy** (Paris). Lockerung und Ruptur der Beckensymphysen.

(Arch. de tocol. 1889. April.)

Unter obiger Überschrift beschreibt R. zwei von ihm beobachtete Fälle. Im ersten handelte es sich um eine Lockerung der Synchondrosis sacro-iliaca sinistra bei spontaner Geburt eines sehr starken Mädchens, die erst beim Versuche aufzustehen sich durch heftige Schmerzen bemerkbar machte. Ein das Becken gut stützender Gürtel brachte große Erleichterung; die Heilung erforderte eine Reihe von Monaten.

Die Sprengung der Symphysis oss. pub. des zweiten Falles geschah mit lautem Krachen während der Zangenextraktion eines großen Kindes bei allgemein verengtem Becken. Die Heilung beanspruchte viele Monate. 19 Monate später gebar sie leicht ohne Kunsthilfe.

Heyder (Leipzig).

15) **Sotschawa.** Tubarschwangerschaft durch Einspritzung von Chlorzink geheilt.

(Med. Rundschau 1889. No. 1. [Russisch.])

32jährige Kranke, hat vor 12 Jahren geboren. Die Regeln fehlen seit 2 Monaten, gastrische Störungen; colostrumähnliche Flüssigkeit in den Brüsten. Apfelsinengroße Geschwulst in der rechten Seite des Leibes, die Gebärmutter etwas vergrößert, der Muttermund etwas geöffnet, die Scheidenschleimhaut hyperämisch.

Der Verf. stellte die Diagnose auf Tubarschwangerschaft.

Einspritzung von 1 g 5%iger Lösung von Chlorzink 2mal mit einem Zwischenraum von 6 Tagen. Aus dem Muttermunde fließt eine gelbrothe Masse, welche unter dem Mikroskop Schleim- und Eiterkörperchen, so wie Decidualzellen zeigt. Die Geschwulst kehrte zur Größe eines normalen Eierstockes zurück. 3 Wochen später normale Regeln.

Dem Ref. scheint es nicht ganz erwiesen, dass eine Extra-uterin-Schwangerschaft bestanden hat.

Reimann (Kiew).

16) **R. Kuppenheim** (Pforzheim). Indikationen und Werth der künstlichen Frühgeburt.

Inaug.-Dissert., Pforzheim, 1889.

Unter 26 Fällen künstlicher Frühgeburt aus der Heidelberger Frauenklinik, die 15mal durch Beckenenge, 11mal anderweitige Zustände (vorwiegend Herzfehler und Affektion der Lungen) bedingt war, wurde 25mal die Krause'sche Methode angewandt und führte in 10 Fällen vollkommen zum Ziel. Der Eihautstich wurde 1mal allein, 1mal bei ungenügender Wirkung der Krause'schen Methode vorgenommen. Zur Unterstützung der letzteren wurden 8mal Vaginalduschen, 1mal Sitzbäder und 1mal Beides zusammen angewandt. Reiben des Uterus und Pilokarpin wurde in einem Falle ordinirt, in welchem außer dem 3maligen Einführen einer Bougie auch der Eihautstich noch ungenügende Wehen erzeugte. In keinem Fall traten die Gefahren ein, die der Bougie vielfach zugeschrieben wurden. Nie-

mals zeigte sich eine nennenswerthe Blutung, die aus einer durch die Bougie verursachten Verletzung oder Ablösung der Placenta stammen könnte; niemals ereignete es sich, dass die Bougie die Eihäute zerriss. Sämmtliche 26 Fälle hätten in Bezug auf die Operationsmethode eine ziemlich uniforme Behandlung erfahren und wären aus dem Grunde recht brauchbar zu Betrachtungen über den Werth der künstlichen Frühgeburt, wenn gleich ihre Zahl zu diesem Zweck etwas zu klein sei.

K. Ruhemann (Berlin).

17) **Nijhoff** (Amsterdam). Über die Entstehungsweise des Fiebers im Wochenbette.

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1889. Hft. I. No. 2.)

Die Frage zur Ätiologie der puerperalen Krankheitsprocesse, wie sie sich im Licht der neueren Untersuchungen uns zeigt, sind vom Verf. in klarer Weise in dieser Arbeit besprochen. Auf die ausländische Litteratur ist in ausgiebiger Weise Rücksicht genommen.

Verf. liefert nicht nur einen historisch-kritischen Überblick der verschiedenen Ansichten über die Entstehungsweise des Fiebers im Wochenbett, sondern auch die Prophylaxis und die Behandlung dieses, werden von ihm vortrefflich behandelt.

A. Mijnlieff (Breukelen).

18) **Treub** (Leiden). Beiträge zu Tubenerkrankungen.

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1889. Hft. I. No. 10.)

In gedrängter, doch klarer Weise sind von Verf. die Ätiologie, Diagnostik inklusive die Differentialdiagnostik und die operative Behandlung einzelner Tubenerkrankungen behandelt. Besonders das frühzeitige Erkennen von Tubenkrankheiten, wie schwierig es in den meisten Fällen auch sein möge, hält T. für sehr nöthig, speciell wenn es sich um einen vermuthlichen Pyosalpinx handelt, in welchen Fällen es dringend indicirt ist, so bald wie möglich der Frau die kranke Tube zu nehmen. Wird die Operation schon früh vorgenommen, so kann die Pat. am besten die Gefahren einer schwierigen Operation umgehen, wie sie gewöhnlich beim längeren Zuwarten vorkommt.

Eben so kann man dadurch am besten der Entwicklung der chronischen Perimetritis vorbeugen; denn außer den mehrfachen Schwierigkeiten bei der Operation ist es auch noch zweifelhaft, ob die Exstirpation der kranken Tube die chronische Perimetritis wohl stark beeinflusst. Auch wenn der Eiterherd sich im Körper ganz ruhig verhält, bietet er der Pat. fortwährend eine Quelle von Gefahren. Je eher man also eine eiterhaltende Tube exstirpiren kann, um so besser für die betreffende Frau.

Außerdem ist Verf. auf Grund eigener Erfahrung der Ansicht, dass viele der Fälle, welche man gewöhnlich als große parametritische, wie auch als perimetritische Abscesse betrachtet, wahrscheinlich nichts Anderes sind, als Specimina größerer eiterhaltender Tubensäcke.

A. Mijnlieff (Breukelen).

19) **Treub** (Leiden). Zur Anatomie und Ätiologie des spondylolisthetischen Beckens.

(Nederl. tijdschr. v. Verlosk. u. Gyn. Jahrg. I. Hft. II.)

Nach einer kurzen Auseinandersetzung der verschiedenartigen Arten, wie man diese Missbildung aufgefasst und erklärt hat, giebt Verf. eine sehr detaillirte, mit 2 Tafeln versehene Beschreibung der 4 im anatomischen Museum der Universität Leyden befindlichen Fälle von Spondylolysis.

T. hält die Spondylolysis für nichts Anderes, als ein prädisponirendes Moment für die Spondylolisthesis, und wo diese vorkommt, kann, von einer, sowohl langwährenden, als auch augenblicklich stärkeren Belastung oder von einem Trauma beeinflusst, die Wirbelkörperschiebung auftreten.

Dass Spondylolisthesis bei Frauen häufiger vorkommt, als bei Männern (nur 4 Fälle sind bekannt), hängt in einzelnen Fällen wahrscheinlich zusammen 1) mit der vermehrten Belastung durch die Schwangerschaft, 2) mit der abgenommenen

Resistenzfähigkeit der Syndesmosis interarticularis, welche durch die Schwangerschaft geschwollen und weicher geworden ist; bisweilen auch mit einer geringeren Festigkeit der Bandmasse zwischen den beiden Wirbelbogentheilen wegen des feineren Baues des weiblichen Skelettes. In den Fällen, wo die Deviation vor der Schwangerschaft auftrat, kann man wohl etwas Derartiges voraussetzen. Die gedehnte Bandmasse ossificirt nach und nach, so dass sie eine verlängerte Portio interarticularis bildet, bisweilen mit, bisweilen ohne Reste einer mit Bandmasse angefüllten Spalte im interarticulären Bogentheile. Dadurch wird der 5. Lendenwirbel stark verlängert. Als eine weitere sekundäre Folge der Wirbelkörperschiebung wird der Wirbel flacher und schließlich beim hochgradigen Leiden geknickt. In exquisiten Fällen wird er also zu einem Dolicho-platy-kyrto-Spondylus.

Auch der erste Sakralwirbel ist an dessen oberen Ende eigenthümlichen sekundären Änderungen unterworfen. In hochgradigen und alten Fällen wird schließlich das ganze anatomische Bild unklar, durch die Kombinirung von Beinabschleifung einerseits und Osteophytenbildung andererseits. Nach dieser Erwähnung der Ätiologie giebt T. die sehr detaillirte Beschreibung des sub No. 110 in der Beckensammlung der Universität Leyden vorkommenden, von ihm untersuchten Becken, dessen Einzelheiten man im Original einsehen muss. Das Becken zeigte sich als ein spondylolisthetisches Männerbecken.

Im Anschluss an die anatomische Beschreibung dieses Beckens werden von T. die am Becken vorkommenden Deviationen, welche theils kongenitale, theils aequirirt sind, näher besprochen und erklärt.

Hoffentlich wird der Verf. diese interessante Arbeit bald in einem der ausländischen Fachblätter in toto erscheinen lassen, damit sie den Fachgenossen zugänglich werde, da sie sich für ein Referat weniger eignet, ohne dem Originale zu schaden.

Auch für die mit Neugebauer, auf Veranlassung seines in den »Recherches sur la bassin cyphotique« sub No. 2 beschriebenen Beckens geführte Polemik ist eine Übersetzung dieses Artikels erwünscht[1]. **A. Mijnlieff** (Breukelen).

20) Bar (Paris). Über einen seltenen geburtshilflichen Auskultationsbefund.

(Revue obstétr. et gynecol. 1888. December.)

Eine drittgebärende, sehr schlecht genährte Person wurde am Ende des 8. Monats von einem Fötus entbunden, der Größe nach dem 7. Monat entsprechend, mit sehr starkem Ascites, der nach einigen vergeblichen Athembewegungen starb.

Die betreffende Schwangere war 4 Wochen lang vorher beobachtet worden, alle Vorbedingungen für bequeme Auskultation der Herztöne waren gegeben, Rücken vorn links der Uteruswand anliegend, Bauchdecken dünn, Amnionflüssigkeit in mäßiger Menge und trotzdem, bei heftigen Kindesbewegungen, keine Herztöne zu hören.

Bei der Sektion fanden sich durch den Ascites die Lungen vollständig nach der hinteren Thoraxwand gedrängt. Das Herz in seinen sämmtlichen Maßen dem Alter des Fötus nicht entsprechend; Vorhöfe klein, nur wenig Blut enthaltend, Ventrikelwände, namentlich die des linken, erheblich verdickt, das Lumen entsprechend eng.

Es würde sich, meint B., der Mühe lohnen, weiter nachzuforschen, ob sich nicht weiteres Material beibringen lässt für die Annahme, dass, wenn trotz günstigsten Lage- und anderen Bedingungen (und zweifellosen Kindesbewegungen), bei wiederholten Untersuchungen jenseits des 6. Schwangerschaftsmonats keine fötalen Herztöne gehört werden, Ascites des Fötus vorliegt. **Zeiss** (Erfurt).

---

[1] Bereits erschienen in No. 9 des Nouvelles Arch. d. Obst. et de Gynékol. »Contribution à la anatomie et á la étiologie du bassin spondylolisthésique« par le Dr. Hector Treub.

21) B. M. D. Essers. Perforation oder Sectio caesarea?

Inaug.-Diss. Amsterdam, 1889.

Die sämmtlichen an der Klinik von Prof. van der Meij von 1881—89 vorgekommenen Fälle von Perforation und Kaiserschnitt hat E. zum Thema seiner Dissertation gewählt. Im ersten Theile werden die Indikation und die Technik der Perforation näher besprochen, ohne viel Neues zu bieten. Blat. s. Perforatorium und Braun, s. Kranioklast (Kraniotractor hält E. für eine bessere Benennung) nennt Verf. die besten Instrumente.

Die Kasuistik enthält 29 Fälle. Auf jeden dieser können wir nicht näher eingehen. Im 2. Falle wies die Autopsie eine Uterusruptur und Peritonitis nach. Im 4. Falle kam die Frau nach der Operation nicht mehr zum Bewusstsein, obgleich Athmung und Puls in der Narkose fortwährend gut waren. Bei der Obduktion konnte man die Todesursache nicht erklären. Bei chemischer Untersuchung des Chloroforms war dieses einem sehr guten Präparat entnommen. Fall 6 verschied am 3. Tag an Endometritis diphtheritica, 18 an Peritonitis, eben so 22, 25 an Collaps. Bei 27 ist die Todesursache nicht erwähnt (Pat. verschied auf der gynäkologischen Abtheilung), 29 an Septikämie am 3. Tage post partum.

Zur richtigen Beurtheilung hat man natürlich die Fälle im Originale nachzulesen.

Im 2. Kapitel bespricht Verf. die Indikation und Technik der Sectio caesarea. Wie sie von v. d. Meij vorgenommen wird, ist schon früher von mir mitgetheilt[1], eben so die vom Verf. ausführlich beschriebenen 4 Fälle, welche sämmtlich gut verlaufen sind. Auch die 4 Kinder wurden alle lebend geboren. Nur eins ist in der 8. Woche an Ernährungsstörungen verschieden.

Schließlich bespricht E. die obige Frage: Sectio caesarea oder Perforation? Die Entscheidung erfordert jedoch noch ein größeres Material als das bis jetzt bekannte. Bei der geringeren Gefährlichkeit für die Mütter möchte Verf. einstweilen die Perforation noch beibehalten, obgleich E. erwartet, dass in der Zukunft die Sectio caesarea ihre Stelle vertreten wird.

A. Mijnlieff (Breukelen).

22) Richardson. Eine bemerkenswerthe Vergiftungserscheinung durch Cocain.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1889. September 14. p. 351.)

R. beobachtete bei einer Frau, der er einige Tropfen 10%ige Cocain-Lösung in die Nasenschleimhaut eingespritzt hatte, heftige erotische Aufregung. Auch bei bloß örtlicher Aufpinselung der Lösung einige Tage später trat eine ähnliche, wenn auch schwächere Erregung auf.

Lühe (Demmin).

23) Pawlík (Prag). Über Exstirpation der ganzen Gebärmutter sammt Theilen des Beckenbindegewebes.

(Časopis českých lékařů 1889. No. 28. [Böhmisch.])

Ausgehend von der Thatsache, dass die Recidive nach Operationen an der carcinomatösen Gebärmutter am häufigsten in dem parametranen Gewebe auftreten und dass die Verbreitung des Carcinoms auf dieses Gewebe zu häufig die radikale Behandlung des Übels vereitelt, entschloss sich P. neben der ganzen Gebärmutter auch die Parametrien zu entfernen, freilich unter Sondirung der Ureteren, um sich vor Verletzung derselben zu schützen. An der genannten Stelle berichtet er über 3 solche Operationen.

I. 48jährige Hebamme mit exulcerirtem Carcinom der Portio, welches linkerseits in Centimeterbreite auf die Vaginalwand übergegriffen hat. Schmerzhafte Infiltration des linken Parametriums, welche nicht bis zur Beckenwand reicht. Linker Ureter von derselben zu trennen. Operation 18. December 1888 unter Sondirung des linken Ureters und Ableitung des Harns durch eine Kautschukröhre in ein

---

[1] Centralbl. f. Gynäk. No. 42. 1889.

Abflussgefäß. Exstirpation der Gebärmutter und des linken Parametriums bis knapp an der seitlichen Beckenwand, eben so des linken cystösen Ovariums. Glatte Heilung. Nach einem halben Jahre kein Recidiv.

II. Blumenkohlgewächs der Portio, Vaginalinsertion ringsherum frei. Von der rechten Cervixkante zieht ein kleinfingerdicker Strang zur Articulatio sacro-iliaca. Exstirpation des Uterus und dieses Stranges ohne Sondirung des Ureters, weil derselbe außer Gefahr gedacht wurde. Heilung. Am 28. Tage nach der Operation nach Entfernung der letzten Ligaturfäden Harnträufeln aus dem rechten Ureter, der offenbar in eine Umstechungsnaht gefasst wurde. Spontanheilung der Uretero-vaginalfistel.

III. Großes infiltrirtes exulcerirtes Carcinom der Portio, im linken Parametrium ein fingerdicker, zur seitlichen Beckenwand ziehender, im rechten ein viel dünnerer und kürzerer Strang. Operation am 24. Mai 1889. Sondirung beider Ureteren. Entfernung der Gebärmutter und des linksseitigen Stranges möglichst nahe von der Beckenwand. Nach Ablösung desselben verschwand der rechtsseitige Strang, offenbar war er nur Ausdruck von Tension des linksseitigen. Ungestörter Heilungsverlauf.

Rubeška (Prag).

24) **Vávra** (Prag). **Geburtshilfliche Kasuistik.**

(Časopis českých lékařů 1889. No. 7 und 8. [Böhmisch.])

I. Luftembolie bei Tamponade der Gebärmutter mit Jodoformmull nach Placenta praevia.

38jährige IIpara. Placenta praevia lateralis, Hinterhauptslage, spontane Geburt. Ausstoßung der Nachgeburt eine halbe Stunde später. Atonische Blutung, gegen welche sich Massage, Ergotin, heiße und kalte Irrigationen ohne dauernde Wirkung zeigten. Daher Tamponade des Uterus mit Jodoformmull. Nach wenigen Einschiebungen des Jodoformmullstreifens plötzlich Cyanose, unterbrochene Athmung und in einigen Augenblicken Tod. Bei der Lustration fand man in den Venen der breiten Mutterbänder, in beiden V. spermaticae int., in der V. cava inf., im rechten Herzen und in der Art. pulmonalis reichliche Luftblasen. Mäßige Anämie, Lungenödem. Mit dem Jodoformmull wurde Luft in die Uterinvenen eingepresst. V. mahnt daher zur Vorsicht mit dem Verfahren bei komplicirten Fällen.

II. Geburt bei Uterus bicornis septus cum vagina septa.

22jährige Ipara. Menstruation vom 15. Jahre an regelmäßig ohne Beschwerden, Schwangerschaftsverlauf normal. Bei Eintritt in den Gebärsaal Uterus linksgerichtet, unten rechts neben ihm ein kleinfaustgroßer unempfindlicher Tumor. Kopf im kleinen Becken, derselbe bedeckt von einer dicken Membran, in welcher zunächst keine Öffnung zu finden war. Erst nach längerem Suchen kam man hoch oben und hinten auf eine längliche Öffnung, welche für den dislocirten äußeren Muttermund gehalten wurde. Unter entsprechender Lagerung der Kreißenden und Zug der Öffnung nach vorn trat der Kopf durch dieselbe tiefer und wurde später mittels der Zange extrahirt.

Nun erst wurden die Verhältnisse aufgeklärt. Im Introitus vaginae fand man links unterhalb der äußeren Urethralmündung eine kleine, nur für eine dünne Sonde durchgängige, von glatten Rändern umgebene Öffnung. Von derselben zog in die Vagina nach rechts oben eine fleischige Membran, in welcher eine unregelmäßige Rissöffnung und höher oben eine andere 3 cm breite von glatten Rändern umgebene Öffnung zu finden war. Durch die erstere ist das Kind hindurchgetreten. Über dieser Membran kam man auf zwei durch eine Scheidewand getrennte Cervicalkanäle. Die Uteruskörper waren von einander getrennt. Es handelte sich also um einen Uterus bicornis septus und Vagina septa, beide Uteri und Vaginae waren von einander getrennt, nur war der linke Scheideneingang sehr klein, nur für eine Sonde durchgängig. Die rechte Scheide wurde zu Cohabitationen benutzt, der linke Uterus wurde schwanger. Bei der Geburt hatte der Kopf das Scheidenseptum vorgedrängt und dabei eine Scheibe von der rechten Portio mit dem Muttermund abgerissen, dann das Septum tiefer unten durchrissen und ist durch diesen Riss hindurchgetreten. Im Wochenbett bezeichnete die Granulationsbildung die Flächen,

die zu einander gehörten. Der linke Muttermund war glatt von normaler Schleimhaut bedeckt, der rechte von Granulationen eingenommen, die runde Öffnung im Septum auf der unteren Fläche glatt, auf der oberen von üppigen Granulationen umgeben. **Rubeška** (Prag).

25) **E. Blanc** (Lyon). **Pathogene Wirkung eines im Urin Eklamptischer gefundenen Mikroben.**

(Arch. de tocol. 1889. März, April.)

Schon vor B. ist von Anderen die Frage nach der Ursache der Eklampsie behandelt worden.

Doléris vertrat die Ansicht, dass Mikroorganismen die Ursache der Erkrankung seien, verließ dieselbe aber später und suchte die Ursache in der toxischen Wirkung einer krystallinischen Substanz im Blute; die angestellten Versuche ergaben kein Resultat.

B. untersuchte das Blut einer Eklamptischen auf Mikroorganismen ohne Erfolg. Dagegen fand er in dem mit allen nöthigen Vorsichtsmaßregeln entnommenen Urin eine diesem Urin eigenthümliche Art von Bacillen, wie die negativen Befunde beim gewöhnlichen und dem Eiweiß enthaltenden Urin nicht Eklamptischer bestätigten.

In der ersten Versuchsreihe wurden bei einem graviden Kaninchen durch Injektion einer Kultur in eine Ohrvene heftige Krämpfe hervorgerufen, darauf erfolgte Dyspnoe und Tod. Aus dem Urin konnten dieselben Bacillen gezüchtet werden. Bei einem nicht trächtigen Kaninchen erfolgten erst nach einer zweiten Injektion leichtere Erscheinungen, wonach die volle Gesundheit zurückkehrte. An den Injektionsstellen entstand entzündliches Ödem, Suppuration und Gangrän eines ca. markstückgroßen Flecks.

Aus den weiteren Versuchen sei hervorgehoben, dass trächtige Kaninchen immer am ehesten von Krämpfen befallen wurden, dass Aborte statthatten und meist der Tod eintrat. Nichtträchtige Kaninchen, die bei einer ersten Impfung Lokalerscheinungen an der Impfstelle darboten, waren bei weiteren Impfungen immun. Hunde wurden, auch wenn nicht trächtig, von heftigen Krämpfen befallen und erholten sich erst allmählich nach mehreren Tagen. — Über den Verlauf der weiterhin stattgefundenen Versuche muss das Genauere im Original nachgelesen werden; im Ganzen bestätigten dieselben durch ihre Erfolge die Richtigkeit der ersterwähnten Versuche.

Die Nieren der zu Grunde gegangenen Thiere waren dick, ödematös und von tiefrother Farbe. Mikroskopisch wurde beträchtliche Schwellung der Glomeruli, so wie der Hauptblutgefäße konstatirt. An vielen Stellen der Tubuli Epithelverlust. Urin eiweißhaltig. **Heyder** (Leipzig).

26) **Jentzer** (Genf). **Fall von Verwachsung einer linksseitigen Ovarialcyste mit dem Colon ascendens und dem Processus vermicularis.**

(Arch. de tocol. 1889. März.)

In dem von J. operirten Falle handelte es sich um eine Pat. von 53 Jahren, die vor 7 Jahren eine Peritonitis überstanden. Der klinische Befund bot keine Besonderheiten. Bei der mit Erfolg ausgeführten Operation fand sich der Proc. vermicularis in der erwähnten Verwachsung eingebettet. In der Litteratur fand J. nur einen analogen Fall von Schröder (Berliner klin. Wochenschrift 1882 No. 16 und 17), während mehrere Fälle von derartiger Verwachsung mit rechtsseitig gelegenem Tumor beschrieben sind. **Heyder** (Leipzig).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

He[illegible]

in Breslau.

Vierz[illegible]

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 2. **Sonnabend, den 11. Januar.** **1890.**

Inhalt: Zweifel, Ein Fall von Osteomalacie, modificirter Porro-Kaiserschnitt, geheilt. (Original-Mittheilung.)

1) **Madden**, Cystitis. — 2) **Engert**, Fibromyom. — 3) **Winckel**, Abortus. — 4) **Amann**, Atresia hymenalis. — 5) **Amann**, Cervixmyom. — 6) **Freund**, Codeïn. — 7) **v. Herff**, Galaktorrhöe. — 8) **Jordán**, Hydrastis. — 9) **Carpenter**, Hygiene und Operation. — 10) **Landau**, Uterussarcoinom. — 11) **Christian**, Secale.

12) **Hochenegg**, 13) **Hochenegg**, 14) **Zuckerkandl**, 15) **Wölfler**, Neue Methoden operativ sich die Beckenorgane zugänglich zu machen. — 16) **Haynes**, Ausspülung des Uterus. — 17) **Koplik**, Massage. — 18) **Schlumberger**, Auswaschung des Abdomens. — 19) **Mundé**, Adeno-Myxo-Sarkom. — 20) **Popow**, Fremdkörper im Uterus.

Ein Fall von Osteomalacie, modificirter Porro-Kaiserschnitt, geheilt.

Von

P. Zweifel in Leipzig.

(Nach einem Vortrag in der geburtshilflichen Gesellschaft in Leipzig.)

Osteomalacie gehört zu den seltensten Krankheiten gerade in Sachsen, was um so auffallender ist, als eine ähnliche Krankheit, die Rachitis, kaum anderswo häufiger vorkommen kann, als gerade hier. In den Krankengeschichten des Trier'schen Institutes war aus den letzten 10 Jahren kein Fall zu finden. Es ist jedoch eine alte Erfahrung, dass die 2 Krankheiten, trotzdem sie Manches in ihrem Verlauf, Manches auch in ihren Folgen gemeinsam haben, doch pathologisch vollkommen verschieden sind. Die Ätiologie ist bei der Osteomalacie im höchsten Grade dunkel. Wenn auch wegen der Unerweisbarkeit besonderer Ursachen im Allgemeinen immer wieder auf mangelhafte Ernährung, auf den Aufenthalt in schlecht gelüfteten feuchten Wohnungen als Ursachen der Erkrankung abgestellt wird, so kann dieser Hinweis in den einzelnen Fällen nicht begründet werden. Es ist hier ein gewisses Vorurtheil der Vater des Gedankens.

Der Vortr. hat bis jetzt 6 Fälle von Osteomalacie zu untersuchen und zu behandeln Gelegenheit gehabt. Davon lebte eine Frau in Zürich in keineswegs ärmlichen und dürftigen Verhältnissen. Jedenfalls war die Möglichkeit, gute Nahrung zu verschaffen, ihr jeder Zeit gegeben und hatte sie jeder Zeit davon Gebrauch gemacht. Eine zweite Kranke in Nürnberg wohnte in einem bescheidenen, doch sehr schmuck und reinlich gehaltenen Haus. Nach Noth und Dürftigkeit sah die Wohnung nicht aus und die Frau genoss eine durchaus zweckmäßige gemischte Nahrung. Bei diesen beiden Kranken war übrigens die Osteomalacie vollständig zum Stillstand — oder wie wir es bei jeder anderen Krankheit sagen werden, sobald keine Symptome mehr zu bemerken sind — zur Heilung gekommen. Eine der 6 Pat. war in besten Verhältnissen — die Frau eines Officiers — wo von Entstehung der Krankheit durch unzweckmäßige unzureichende Lebensweise gar nicht die Rede sein kann. Von zweien ist Näheres über Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse nicht anzugeben.

Was diese jetzige Pat. betrifft, so hat sie bezüglich der Nahrung die Angaben gemacht, dass sie vor dem Eintritt der Krankheit und während derselben regelmäßig neben Vegetabilien Fleischnahrung genossen habe. Die Wohnung war in einem vierten Stock, trocken, nach Süden gelegen, gerade auch das Schlafzimmer war von der Sonne erwärmt und durchleuchtet, so oft sie schien. Bei der Ungewissheit der Ätiologie und dem Genius contemporaneus folgend ist schon öfters auf eine Art von endemischer Krankheitsursache hingewiesen und natürlich in unserem Jahrzehnt dieser endemische Einfluss in Mikroorganismen vermuthet worden, welche, in den Körper eindringend, zur Zeit der Schwangerschaft, den Knochen zerstörten. Es fehlt freilich bis jetzt vollständig an Beweisen für diese Anschauung.

Die Krankheit selbst setzte in diesem Falle ganz plötzlich ein und zwar vor ca. 5 Jahren, während sie mit dem vorletzten Kinde schwanger ging. Dieses vorletzte Kind erschien am 1. December 1884 und schon während der Sommermonate jenes Jahres erwachte die Frau eines Morgens mit einem heftigen Schmerz in der rechten Inguinalgegend, welcher bis zu dem Knie ausstrahlte.

Seit dieser Zeit dauert die Krankheit mit zeitweiser Erholung, zeitweiser Verschlimmerung. Nach ca. 4jähriger Pause wurde die Frau zu Mitte December 1888 wieder schwanger. Gleich am Anfang trat eine beträchtliche Verschlimmerung der Krankheit ein, welche die Gehfähigkeit der Frau vollständig aufhob. Am Sylvesterabend 1888 brach sie beim Gehen zusammen und blieb mit geringen Unterbrechungen bis zu ihrer Unterbringung in die hiesige Entbindungsanstalt im Bett liegen. Sie ist jetzt 41 Jahre alt, hat 3 Geburten und einen Abortus durchgemacht. Die letzte Regel wurde Mitte December, die ersten Kindesbewegungen am 25. Mai 1889 bemerkt.

Mit den Zeichen einer hochgradigen Osteomalacie trat die Kranke am 13. Oktober 1889 in die Anstalt ein, das Becken war im höchsten Grade verengt, das Kind ausgetragen aber todt, in Querlage (Rücken hinten, Kopf links) klein. Die Geburt hatte am 13. Oktober Morgens 8 Uhr mit dem Blasensprung begonnen, dann war meconiumhaltiges Fruchtwasser nach Aussage des Ehemannes von schlechtem Geruche abgegangen, die Pat. hatte Fieber und war durch das lange Bettliegen im höchsten Grade hinfällig und elend, zu allem Übrigen auch an einem tiefen, bis auf das Kreuzbein reichenden Decubitus leidend.

Trotz der trostlos schlechten Lage war keine Möglichkeit die Entbindung auf natürlichem Wege zu vollenden: dazu war das Becken zu sehr verengt. Es maßen die D. sp. 22, D. cr. $28^1/_2$, D. tr. $25^1/_2$, C. e. 18, C. d. $8^1/_2$, die C. v., so weit sie

geburtshilflich in Betracht kam, nur 5 cm, der Körper war bis auf 140 cm eingesunken.

Es blieb nur der Kaiserschnitt übrig und konnte bei dem allgemeinen Stand, bei dem Fieber, bei der Osteomalacie, nachdem wir von dem Ehemanne den Abgang eines fötiden Fruchtwassers vernommen hatten, nur der Porro-Kaiserschnitt in Frage kommen.

Die Frau wurde in der Eile so gut vorbereitet als es ging, die jahrealte Schmutzkruste wich aber vor dem ersten Bade nicht. Nur mit Mühe und nicht in der vollkommenen Weise, wie es sonst bei Laparotomien möglich ist, konnten die Vorbereitungen durchgeführt werden.

Die Operation wurde am 14. Oktober 1889 genau in der Methode durchgeführt, wie ich sie in meinem Lehrbuch als modificirte Porro-Operation mit Stielversenkung beschrieben habe. Weil dort schon eine ausführliche Beschreibung enthalten ist, kann ich mich kier kürzer fassen:

Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurde der Uterus uneröffnet herausgewälzt, die Bauchdecken über dem Nabel sofort wieder vereinigt. Es kam darauf an, den Uterus erst außerhalb der Bauchhöhle zu eröffnen, um den septischen Inhalt von derselben fern zu halten.

Dann kam die Unterbindung der Ligamenta lata mit fortlaufender Partienligatur (mit 3 Partien) bis zum Isthmus uteri, provisorisches Abklemmen der Ligamenta lata uterinwärts, Durchschneiden der beiden Ligamente bis auf die Cervix, Abschneiden der Ligaturfäden bis auf den letzten, Umlegen des Schlauches um den Mutterhals, nachdem auf beiden Seiten die letzten Ligaturen durch Hochhalten innerhalb den schnürenden Schlauch gebracht waren.

Erst jetzt folgte unter sorgsamem Abgrenzen des Uterus durch umgelegte Schwämme die Eröffnung der Gebärmutter. Es ergoss sich das eklig aussehende, aber nicht übel riechende Fruchtwasser und wurde die sonst frisch todte und unveränderte Frucht entfernt. Die Gebärmutter und die Adnexe wurden über dem Schlauch abgetragen, der Cervikalkanal tüchtig desinficirt durch Sublimatdurchspülungen, dann mit dem Thermokauter ausgebrannt und schließlich der ausgebrannte Krater ausgeschnitten. Jetzt kam die partienweise Abbindung des Cervicalstumpfes etwas über dem ausgeschnittenen Trichter, Lockerung des Schlauches, Ausschneiden alles überflüssigen Muskelgewebes und eine sero-seröse Decknaht darüber. Jodoformeinstäubung der Stümpfe des Uterus und der Ligg. lata und Schluss der Bauchwunde vollendete die Operation.

Aus der Narkose erwachte die Pat. am 14. Oktober mit einer Temperatur von 36° C. und 64 Pulsschlägen, welche zwar bis zum Abend, doch nicht über 36,8° C. stieg. Im Allgemeinen befand sich die Kranke wohl, sie hatte nicht gebrochen, etwas geschlafen.

Die höchste Temperatur des dritten Tages war 37,7. Am vierten Abend 6 Uhr kam ein Anstieg auf 38,3, dann wieder Abfall, die Temperaturen am fünften bis achten Tag waren ganz normal, am neunten zeigte sich Eiter in der Bauchwand, am zehnten Tag ein hoher Austrag auf 39,5° C. Die Bauchdecken waren unterhalb des Nabels durch eine phlegmonöse Infiltration hart geschwollen. Es werden Kataplasmen angeordnet. Am folgenden Morgen ein Schüttelfrost mit Temperatur von 41,3° C. In der Nacht vom zwölften bis dreizehnten Tag p. o. reichliche Eiterentleerung durch die Blase und nach außen, Abfall des Fiebers und Genesung ohne weiteren Zwischenfall.

Die Frau, welche seit dem Spätsommer monatelang bettlägerig war, fängt nun wieder an zu gehen.

Ihr Becken zeigt alle Symptome hochgradigster Osteomalacie. Sie ist kleiner geworden, das Becken von der Seite her ganz zusammengedrückt, die Symphyse schnabelförmig vorgestülpt und zu einer schmalen Rinne verengt, die Lendenwirbelsäule stark nach vorn konvex eingebogen und das Promontorium tief in das Becken eingesunken.

Der Gang ist bis jetzt nicht sehr charakteristisch, trotz der sehr starken Einbiegung der Pfannengegenden und zwar hauptsächlich, weil die Pat. aus großer

Schwäche und Magerkeit noch nicht im Stande ist kräftiger auszuschreiten. Sie schleppt gegenwärtig mehr nur so wie die Gelähmten einen Fuß dem anderen nach. Wir haben die Gangspur der Kranken auf berußtem Papier abdrucken lassen.

Was die Operation betrifft, welche hier eingeschlagen wurde, so kann zunächst über die Indikation zum Kaiserschnitt bei der hochgradigen Verengerung auf 5 cm keine Meinungsverschiedenheit bestehen, um so weniger als während einer 24stündigen Geburtsthätigkeit keine Erweiterung des Beckens und keine Einstellung eines Kopfsegmentes stattgefunden hatte. Und wenn einmal der Entschluss zum Kaiserschnitt feststand, dann konnte dieser unter den gegebenen Umständen nur eine Porro-Operation sein. Die Frau fieberte, ihr Uterus war voller Meconium, das Fruchtwasser gleich im Beginn der Geburt und vor ihrem Eintritt in die Klinik abgeflossen.

Wenn hier, um des Infektionsherdes Herr zu werden, der Uterus entfernt werden musste, so konnten die Ovarien nicht zurückbleiben, ganz abgesehen davon, dass die Kastration zur Heilung der Osteomalacie von Fehling vorgeschlagen ist. In dieser Hinsicht kann eine Meinungsverschiedenheit sich geltend machen — es kann ein anderer Arzt der Ansicht sein, dass allein um der Osteomalacie willen, wenn sonst der Uterus normal ist, eventuell die Sectio caesarea mit Naht und nebenhergehender Kastration vorzuziehen sei.

Es hängt diese Frage durchaus nicht ausschließlich von Rücksichten auf die Technik ab, sondern davon, wie man sich den Einfluss der Kastration auf die Heilung der Osteomalacie denkt. Will man dabei die Verhinderung einer erneuten Konception oder die vollkommene Ausschaltung der Geschlechtsthätigkeit erzielen? Wenn, wie die Chirurgen behaupten, die Osteomalacie auch bei Männern vorkommt, wenn diese Krankheit nicht an den Puerperalzustand gebunden ist, sondern auch weibliche Individuen unabhängig vom Puerperalzustand befallen kann, dann ist die Ausschaltung der Geschlechtsthätigkeit schwerlich von großem Nutzen gegen die Osteomalacie. Vielmehr bestände der Nutzen nur noch in der Ausschaltung der Befruchtungsfähigkeit, die verhindert, dass eine neue Schwangerschaft eintrete, welche erfahrungsgemäß regelmäßig eine Exacerbation wachruft.

Dieser Zweck ist durch weit geringere Eingriffe zu erzielen als durch die Kastration, welche Fehling als Heilmittel gegen Osteomalacie in Vorschlag brachte. Wo man, wie es im vorliegenden Falle war, zum Kaiserschnitt greifen muss, genügt die Unterbindung der Tuben ganz zuverlässig zur Verhinderung von Konception und wäre unzweifelhaft die Ausführung eines Kaiserschnittes mit Naht und Ligatur der beiden Tuben der weit kleinere Eingriff als Uterusnaht, Kastration oder der Porro'sche Kaiserschnitt.

Bis jetzt liegen zur Beurtheilung des Nutzens gegen Osteomalacie nur Fälle von Porro-Kaiserschnitt vor (vgl. Baumann l. c. ref. Centr. f. Gyn. 1889, p. 871). Aber die Erprobung der einfachen Sterilisation, die ohne Laparotomie möglich ist, kann darüber Aufschluss geben, ob es zur Besserung der Osteomalacie auf Verhinderung der Konception oder vollkommene Ausschaltung der Geschlechtsthätigkeit ankommt.

Wir vermuthen das Erstere.

Der Porro-Kaiserschnitt ist in diesem Falle nicht in seinen ursprünglichen Vorschriften ausgeführt worden — es wurde zum Unterschied von dem gewöhnlichen Verfahren der Stiel versenkt und genau die gleiche Methode eingehalten wie für die Myomektomie mit Stielversenkung. — Es war unleugbar in diesem Falle, wo wir um des Fiebers willen schon begonnene Infektion annehmen mussten, ein größeres Risiko als die ertraperitoneale Methode. Doch war die Annahme berechtigt, dass das Fieber durch Resorption des zersetzten Uterusinhaltes bedingt sei und nach der Ausschaltung des Resorptionsherdes erlöschen werde. Sollten die Keime schon weiter, z. B.

bis in Venen oder Lymphgefäße gedrungen sein, so würde sie die extraperitoneale Stielbehandlung so wenig ausrotten als die intraperitoneale. Der Verlauf entsprach dieser Annahme — es bestand in den ersten Tagen keine Temperaturerhöhung. Die Ursache des Fiebers wurde also durch die Operation beseitigt. Daran kann die in der zweiten Woche zur Erscheinung kommende Bauchdeckeneiterung nichts ändern.

Was nun die Methode in unserem Falle betrifft, so giebt unzweifelhaft für Blutstillung und ein Blutnachsickern in die Bauchhöhle die fortlaufende Partienligatur die größtmögliche Sicherheit. Zur Verhütung der Infektion vom Cervicalkanal aus wurde dieser und die Uterushöhle schon vor Beginn des Kaiserschnittes aufs gründlichste mit Sublimatlösung durchgespült, nach dem Abtragen des Uterus mit einem Stielschwamm und starker Sublimatlösung ausgewischt, dann nach dem Legen des Schlauches der Mutterhals mit dem Pacquelin ausgebrannt, und endlich der ausgebrannte Krater ausgeschnitten. Durch die danach verbleibende Wand wurden erst die einzelnen Theilligaturen durchgeführt.

In neuester Zeit wurden von Beaucamp[1] 2 Fälle von Porro-Kaiserschnitt mit Stielversenkung publicirt, in denen Frank die Wände des Uterusstumpfes umstülpte. Vor der Umstülpung wurden dieselben zum Zweck der Blutstillung übernäht, und zwar die vordere und die hintere Wundlippe für sich, dann die Fäden durch den Cervicalkanal nach außen geleitet und durch Ziehen an ihnen eine Inversio uteri bewirkt. Der Inversionstrichter wurde von der Bauchhöhle aus durch Vernähen der serösen Blätter in seiner Inversionsstellung fixirt.

Ich will mich jedes Vergleiches und jeder Kritik der Frank'schen Methode enthalten, da ausschließlich die fortgesetzten Erfolge darüber zu urtheilen gestatten. Doch davon habe ich mich bei unserer Operation überzeugen können, dass diese Umstülpung der Uteruswundränder bei Kreißenden im Gebiet des unteren Gebärmutterabschnittes ohne Schwierigkeit durchführbar ist.

---

1) **Th. M. Madden.** Therapie der Cystitis beim Weibe.

(Brit. med. journ. p. 467. — Bull. gén. de thérap. 1889. No. 24. p. 555.)

M. giebt in seinem Vortrage, den er auf dem Jahreskongress der britannischen medicinischen Gesellschaft zu Glasgow im August 1888 gehalten hat, die Hauptgründe der Cystitis beim Weibe an und weist auf die Behandlung hin, die ihm in einer ziemlich großen Anzahl von Fällen günstige Resultate gegeben. Zunächst müsse man nach wahrnehmbaren Ursachen suchen, wie das Vorhandensein von Gonokokken, Verlagerungen des Uterus, Fibrome, Blasensteine, und diese zu beseitigen sehen. Beim Fehlen dieser verordne man protrahirte warme Bäder, Ausspülungen der Blase mit warmem Wasser oder

[1] Archiv f. Gyn. Bd. XXXVI p. 358.

Borglycerinlösung; daneben Bettruhe, öfter Dower'sche Pulver, 0,5—1,0 Borsäure innerlich, um ammoniakalische Zersetzung des Urins zu beseitigen. Bei sehr intensiver Cystitis hat Emmet gerathen, eine Blasenscheidenfistel anzulegen, welche der Urin fortwährend passirt, so dass die Harnblase außer Funktion tritt. M. verwirft diese Operation und ist der Ansicht, dass man sich dieselben Vortheile verschaffen kann und zwar leichter, indem man die Urethra so weit dilatirt, dass man den Zeigefinger in die Blase einführen kann, um dadurch eine Zusammenziehung des Schließmuskels zu vereiteln und die Operation mit dem eigens angegebenen Dilatator eventuell öfter wiederholt. Nach der Erweiterung kann man die Blasenschleimhaut mit einer stumpfen Curette abschaben, zunächst aber Karbolglycerin auf die Schleimhaut appliciren. Man führt eine kleine Wattekugel, die mit der Lösung getränkt ist und auf einem Stilett befestigt wird, in die Blase ein, lässt sie dort 2—3 Minuten liegen, bis sich über ihr die Blasenwand zusammengezogen hat. Diese Operation, in der Woche 2—3mal wiederholt, genügt nach M. meist, um die schweren Fälle von Cystitis beim Weibe zur Heilung zu bringen.

Originell ist an dieser Behandlung nur die lokale Anwendung des Karbolglycerins; die Dilatation wird schon seit vielen Jahren bei der Behandlung der weiblichen Cystitis angewandt, ohne übrigens in den schweren Fällen besonders günstige Resultate zu geben.

K. Ruhemann (Berlin).

---

2) **Rosa Engert** (Chicago). Beziehung der Fibromyome des Uterus zur Organisation des Thrombus.

(Med. record New York 1889. Juni 8. p. 640.)

Nach Ansicht der Verf. ist ein Fibroid nicht mehr oder weniger als ein riesiger organisirter Thrombus. Wo auch immer sich ein Hämatom bildet, strebt die Natur danach, in die ausgetretenen Blutgerinnsel durch Organisation Leben zu bringen. Dies ist überall dort der Fall, wo in der Umgebung hinreichende Lebenskraft vorhanden ist, und nirgends ist dies in höherem Grade der Fall als in den weiblichen Geschlechtsorganen. **Lühe** (Demmin).

---

3) **Winckel.** Über den Verlauf und die Behandlung des Abortus — Partus immaturus.

(Vortrag gehalten auf dem I. oberbaierischen Ärztetag.)

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 28.)

Nachdem der Vortragende den seit 1878 durch Fehling veranlassten Umschwung der Behandlung zu Gunsten der mehr aktiven als exspektativen Form konstatirt hatte, bespricht er, um seine gegentheilige Ansicht zu begründen, zunächst die verschiedenen (6) Arten der Austreibung im Verlauf eines Abortus etc. An der Hand der-

selben beweist er, dass die Curette in den meisten Fällen unnöthig, oft unzweckmäßig, ja gefährlich sei (unter Anderem: Veranlassung zu Blutungen, Gefahr der Überimpfung septischer, von macerirten Früchten etc. herrührender, Stoffe in den Uterus etc.) und kommt dann unter Zuziehung der ihm zu Gebote stehenden Anzahl von Aborten etc. zu folgenden Schlüssen:

1) In der größten Mehrzahl der Fälle von Abortus und Partus immaturus die Ausstoßung des Eies getrost der Natur zu überlassen, sie macht dieselbe besser, als wir sie mit Fingern und Instrumenten besorgen können.

2) Nur bei Fieber, starken Blutungen oder Jauchungen ist das Ei möglichst bald wegzunehmen.

3) Die Wegnahme geschieht schonender und sicherer mit den Händen durch Expression und Abschälung des Eies nach vorgängiger gründlicher Ausspülung des Uterus mit Borsäure oder Creolin.

4) Die Anwendung des Curettement bei allen Fällen von Abort ist verwerflich; die ganz oder theilweise zurückgebliebene Decidua erfordert dasselbe auch nicht. Nur in den Fällen, wo ohne vorhandene Jauchung kleinere festere Eireste mit der Hand nicht von der Uteruswand entfernt werden können, nur da bediene man sich der Curette; und endlich

5) bei verjauchtem Ei sind nach manueller Entfernung der größeren Theile nicht leicht abzulösende kleinere durch häufige antiseptische Ausspülungen des Uterus unschädlich zu machen und nach und nach zum Abgang zu bringen. **Rud. Müller** (München).

---

4) Amann. Ein Fall von Atresia hymenalis, Hämatokolpos, Hämatometra und Hämatosalpinx.

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 52.)

Im vorliegenden Falle handelte es sich um eine 19jährige Dienstmagd, welche seit ihrem 14. Lebensjahre an periodisch (alle 14 Tage) auftretenden und nach und nach im Laufe der Jahre stets heftiger werdenden Leibschmerzen von 2—3tägiger Dauer ohne Blutabgang erkrankte und bei welcher nach zunächst konstatirter Atresia hymenalis mit wahrscheinlichem Hämatokolpos und Hämatometra die Eröffnung mittels Explorativtrokars vorgenommen wurde, welche tagelanges Absickern von eingedickter schwarzbrauner Flüssigkeit zur Folge hatte. Im Verlaufe der Behandlung wurde dann Hämatosalpinx konstatirt, welche bereits 4 Tage nach der Punktion merkliche Abnahme zeigte und bei der 12 Tage danach vorgenommenen Untersuchung gänzlich verschwunden war. Pat., welche sich fortgesetzt wohl gefühlt hatte und als Rekonvalescentin 17 Tage nach der Operation entlassen werden konnte, hat von da ab regelmäßig und schmerzlos menstruirt und fühlte sich vollkommen gesund. — Interessant war bei der Anamnese die Angabe der Pat., dass ihre

2 Jahre jüngere Schwester seit mehreren Monaten ähnliche Beschwerden zeige. **Rud. Müller** (München).

---

5) **Amann.** Ein Fall von Cervixmyom.

(Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 51.)

Einer der so selten vorkommenden Fälle von wirklichen Cervixmyomen. Das Myom (primäres, interstitielles Myofibrom) inserirte an der rechten Hälfte der Vaginalportion (rechte Hälfte der vorderen und hinteren Muttermundslefze) und bildete einen cylindrisch nach der Vagina hin, ohne Verwachsung mit derselben, sich verlängernden Tumor, der das Orific. uter. externum etwas nach links verlegte. Die linke Hälfte der Portio vaginalis war intakt. Die Richtigkeit der Diagnose wurde durch die Abtragung des Tumors und dessen mikroskopische Untersuchung vollständig festgestellt. Die beigegebenen 3 Abbildungen veranschaulichen die geschilderten Befunde. An die Beschreibung der Operation schließt Verf. dann noch eine Betrachtung an über die Cervixmyome, ihr Vorkommen, die Ursachen ihrer Entstehung und ihre Prognose. **Rud. Müller** (Münehen).

---

6) **H. W. Freund** (Straßburg i/E.). Codeïn bei Frauenkrankheiten.

(Therapeutische Monatshefte 1889. September.)

Lauder-Brunton hat das Codeïn, einen Bestandtheil des Opium, im Brit. med. Journ. vom 9. Januar 1888 hauptsächlich für »Schmerzen im Darm und im unteren Theil des Abdomens« empfohlen. F.'s Untersuchungen erstrecken sich nur auf den zweiten Punkt dieser Empfehlung, also auf die Stillung von Schmerzen im unteren Theil des Abdomens bei Frauen und ergaben eine erhebliche Einschränkung der Empfehlung für die Gynäkologie. Während das Codeïn bei Schmerzen, die von der Gebärmutter ausgehen, wohl vorübergehende Linderung brachte, erwies es sich bei größeren Exsudationen im Beckenperitoneum und Bindegewebe eben so wie bei Erkrankungen der Tuben als vollständig unwirksam. Dagegen kann es F. als schmerzstillendes Mittel bei Eierstockskrankheiten warm empfehlen, er giebt dreimal täglich eine Pille von je 3,3 cg Codeïn (mit Extr. Gentian. und Pulv. Rad. Liqur.) und beeinflusst durch diese Dosis sehr prompt jeden Schmerz, der von den Ovarien ausgeht, gleichviel ob es sich um entzündliche Vorgänge oder um sogenannte reine Neuralgien handelt. Die Wirkung des Codeïns erscheint als eine rein lokale; es betäubt nicht, es beeinflusst weder den Appetit noch die regelmäßige Darmentleerung, und vor allen Dingen ist keine Gewöhnung an das Mittel beobachtet.

K. Ruhemann (Berlin).

---

7) v. Herff. Beiträge zur Lehre der Galaktorrhöe.

Habilitationsschrift (Halle). Berlin und Neuwied, Heuser's Verlag. 8. 240 S. Tabellen und Tafeln.

Sowohl über den Hergang bei der Milchabsonderung selbst als auch über das Zustandekommen des Milchabflusses beim Säugegeschäft bestehen Unklarheiten, welche durch die hier niedergelegten ausgedehnten und mühsamen Beobachtungen kaum aufgehellt sein dürften. Leider eignen sich diese Aufzeichnungen außerordentlich wenig zur auszüglichen Besprechung und müssen wir uns begnügen, darauf aufmerksam zu machen, da sie für denjenigen, welcher der Frage ein eingehendes Studium widmen will, vieles Wichtige enthalten.

Lühe (Demmin).

---

8) Jordán (Budapest). Hydrastis canadensis gegen membranöse Dysmenorrhoe.

(Gyógyaszat 1889. No. 29.)

Im Anschluss an einen seit 18 Jahren bestandenen Fall von Dysmenorrhoea membranacea, der mit den verschiedensten Mitteln (Tanninstäbchen, intra-uterine Ätzung mit Lapis, Eisenbäder, blutige Erweiterung des Cervix, Opiate etc.) vergeblich behandelt und nach einjährigem Gebrauche von Extract. Hydrastis canad. fluid. (2mal täglich 25 Tropfen, 8 Tage vor jeder Menstruation beginnend) vollständig geheilt wurde, empfiehlt Verf. wärmstens dieses Mittel gegen das erwähnte hartnäckige Leiden.

Temesváry (Budapest).

---

9) Carpenter (Cincinnati). Hygiene contra operative Gynäkologie.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. Mai.)

C. spricht sich sehr warm für bessere Beachtung hygienischer Grundsätze bei dem weiblichen Geschlechte im Allgemeinen, insbesondere aber auch bei Behandlung der Frauenkrankheiten aus. Dann würden manche operative Eingriffe überflüssig werden.

Engelmann (Kreuznach).

---

10) Leopold Landau (Berlin). Zur Diagnose und Therapie des Gebärmutterkrebses.

(Sammlung klinischer Vorträge No. 338.)

L. bestreitet den praktischen Werth der von Ruge und Veit angegebenen Methode, aus der Untersuchung von der Portio excidirter Stückchen und ausgekratzter Partikelchen der Uterusschleimhaut rückläufig auf die Art der vorhandenen Erkrankung einen Schluss zu ziehen. Der Mikrograph dürfe nicht vergessen, dass die Kenntnis der mikroskopischen Technik, wie sie zur Probeuntersuchung kleiner Partikelchen erforderlich sei, nicht von Jedem geübt werden kann, dass das mikroskopische Bild gerade in klinisch zweifelhaften Fällen nicht immer ein eindeutiges, endlich er selbst vor

Trug- und Fehlschlüssen mannigfacher Art da nicht geschützt ist, wo, wie beim Carcinom, der Nachweis pathognomonischer Zellen und Erreger bis jetzt nicht erbracht werden kann, und es sich unter Umständen um die komplicirtesten Strukturbilder handle. Die Beschränkung der Beherrschung mikroskopischen Wissens auf nur wenig Auserwählte verringere den Werth der Methode für die Praxis. Wenn man auch in klinischer Beziehung von beginnendem, d. h. noch nicht weit vorgeschrittenem Carcinom reden dürfe, ein beginnendes Carcinom im mikroskopischen Sinne könne er nicht anerkennen. L. hat Fälle behandelt, in welchen geübte und zuverlässige Mikroskopiker die Diagnose auf »beginnendes Carcinom« gestellt haben, in denen er sich aus klinischen Gründen zur Operation nicht entschließen konnte, und in welchen thatsächlich auch nach Jahren die letale Diagnose sich nicht bestätigte. Dieselbe Erfahrung hätten auch andere Ärzte gemacht und so seien Uteri exstirpirt worden, in welchen die mikroskopische Diagnose auf beginnendes Carcinom der Portio oder des Cervix lautete, in welchen sich doch nur Entzündungen mit hyperplastischen Vorgängen an den Drüsenepithelien fanden. Andere wieder, in welchen die Diagnose auf Corpuscarcinom lautete, wiesen ein gutartiges Adenom auf oder einen Polypen oder ein Myom. Überhaupt könne man sich in der Mehrzahl der Fälle der mikroskopischen Untersuchung entschlagen; in so fern als die makroskopische durch Inspektion, Palpation und die Symptome erkennbaren Charaktere des Carcinoms klar und deutlich seien. Bei der Ähnlichkeit der Ulcerationen, die Tuberkulose, Lues, Lupus und Carcinom an der Portio hervorrufen, und andererseits bei dem Mangel eines sicheren Kriteriums für die Art der vorliegenden Erkrankung seien wir verpflichtet, nicht so lange mit der Behandlung zu warten, bis uns das Mikroskop die Diagnose lehren kann, was mancher Kranke nie erleben würde, sondern ex juvantibus et nocentibus zu diagnosticiren und zu behandeln. L. empfiehlt dann die Behandlung verdächtiger Erosionen mit rohem Holzessig, mit Adstringentien; man schneide die Erosionen weg, widerspricht sich aber doch, wenn er fortfährt: »versäume selbstverständlich nicht die mikroskopische Untersuchung«. Hinsichtlich der Technik der Totalexstirpation schließt sich L. an Richelot und Péan an. Das Verfahren besteht im Wesentlichen darin: dass man in ähnlicher Weise wie bei den alten Methoden den Uterus aus seinen Verbindungen loslöst, an Stelle von Naht und Unterbindung temporär — 30 bis 48 Stunden — liegenbleibende Klemmzangen setzt. Auf alle Fälle sei die Operation durch die genannte Methode mit weniger Blutverlust verbunden und schneller ausführbar als mit der Naht und Unterbindung. Dass aber bei dieser Operationsweise unter besonders ungünstigen Umständen oder bei nicht rationellem Verhalten Zerreißungen und Quetschungen der Blase und des Harnleiters vorkommen können, will der Autor nicht in Abrede stellen; auch ist es ihm bei einem Theil der Operirten aufgefallen, dass sie, so lange die Pinces lagen, über außerordentliche

Schmerzen klagten und am 3. und 4. Tage mitunter unter geringer Temperatursteigerung Meteorismus und einen aufgetriebenen Leib zeigten. — Bei inoperablen Carcinomen hätte sich das Auskratzen der carcinomatösen Massen mit dem scharfen Löffel und nachträgliches Ausbrennen resp. Ätzen des Grundes als besonders werthvoll erwiesen, schließe auch die Möglichkeit einer Radikalheilung nicht aus.

K. Ruhemann (Berlin).

---

11) **Christian.** Der Gebrauch des Mutterkorns bei der Geburt im Licht der Statistik in Bezug auf Tod der Frucht und andere Ereignisse.

(Physician and surg. con. 1889. Februar. p. 49.)

Um festzustellen, ob das vielgeschmähte Mutterkorn wirklich so gefährlich für das Leben der Frucht sei, als andere Geburtshelfer behaupten, schlägt Verf. einen doppelten Weg ein. Einestheils stellt er 75 Todtgeburten zusammen und findet, dass nur bei 8 derselben Mutterkorn zur Anwendung gekommen war und zwar 2mal bei todtfauler Frucht, 2mal bei Steißgeburten, 2mal bei Placenta praevia, 1mal bei Nabelschnurvorfall und 1mal bei Gesichtslage — Fälle, in welchen auch ohne Anwendung von Mutterkorn das Leben der Frucht höchst bedroht ist. Wenn dies Letztere auch ohne Weiteres zuzugeben ist, so frägt es sich doch, ob nicht in einigen der Fälle das Leben o h n e Mutterkorn hätte gerettet werden können.

Andererseits stellt C. 136 Geburtsfälle zusammen, in denen er Mutterkorn anwendete: nur eines der Kinder starb an Trismus am 3. Tag — offenbar ohne Zusammenhang mit der Darreichung des Mittels. 4 Kinder waren hochgradig asphyktisch und wurden nur schwer wiederbelebt; 1mal lag unter diesen Fällen vorzeitige Lösung der Placenta vor, 1mal wurde wegen Verlängerung des 2. Stadiums noch die Anlegung der Zange nöthig, 1mal war sanduhrförmige, 1mal tetanische Uteruskontraktion vorhanden, welche allerdings dem Mutterkorn zur Last gelegt werden können. Im Gegensatz hierzu stehen die übrigen Fälle erfolgreicher Anwendung, so wie 211 Fälle von Darreichung des Mutterkorns im 2. Stadium, in welchen noch die Zange angelegt wurde und lebende Früchte zu Tage förderte. So glaubt Verf., dass oft nicht propter, sondern nur post hoc üble Ereignisse vorkämen.

Lühe (Demmin).

Kasuistik.

12) **Hochenegg** (Wien). Die sacrale Operationsmethode in der Gynäkologie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 9.)

H. bringt zwei, nach der zuerst von ihm (siehe mein Ref. in No. 43, 1888 d. Bl.) und später von H e r z f e l d vorgeschlagenen Methode, Operationsgeschichten, um zu beweisen, dass diese Operationsmethode am Lebenden ausführbar und berechtigt ist.

Im ersten Falle handelte es sich um ein Carcinom der Vaginalportion; Gersuny versuchte den Uterus per vaginam zu exstirpiren, musste aber davon abstehen, da nach Umschneidung des Carcinoms es nicht gelingt den Uterus mobil zu machen und vollendete hierauf die Operation mittels sacraler Methode: nach bogenförmigem Hautschnitte exstirpirt er das Os coccygis und resecirt den rechten Flügel des Os sacrum (H. empfahl die Resektion des linken Flügel) unterhalb des dritten Loches; jetzt werden die Verbindungen des Rectum an der rechten Seite gelöst, hierbei eine carcinomatöse Lymphdrüse mitentfernt, das Peritoneum eröffnet und nach Vorziehen des Uterus die Ligamente unter gleichzeitiger Ligatur der Gefäße rechts und links durchschnitten, der Cervix umschnitten und dann die Exstirpation per vaginam vollendet. Ein Theil des Peritonealschlitzes wurde genäht, der Rest mit Jodoformgazestreifen tamponirt und zugleich drainirt; die sacrale Wunde nach Drainage vernäht. Im weiteren Verlauf leichtes Fieber; äußere Wunde heilt per secundam. Pat. wird nach 5 Wochen mit seichter granulirender äußerer Wunde entlassen.

Die Krankengeschichte des 2. Falles, bei welchem H. einen über faustgroßen cystischen Tumor aus dem linken Parametrium mittels sacraler Methode exstirpirte und wegen innigster Verwachsung dieses Tumors mit dem Uterus diesen supravaginal amputirte, ist folgende:

Bei der 28jährigen Pat. findet sich hinter den linken Uterusadnexen ein harter, knolliger, unbeweglicher Tumor von Orangengröße, welcher bis an den vergrößerten Uterus reicht und vom Kreuzbein resp. von der Gegend der Synchondr. sacro il. sin. auszugehen und gegen die Fossa il. sin. sich auszudehnen scheint; per rectum stößt man oberhalb des Sphincter auf den das Rectallumen zu einem schmalen Spalt verengenden Tumor, die Rectalwand gegen denselben vollständig frei verschiebbar; weder vom Rectum noch von der Scheide aus erschien der Tumor beweglich. Operation in der linken Seitenlage; typische Voroperation mit Exstirpation des Steißbeines und des linken Flügel vom Kreuzbeine unter dem dritten Loch; stumpfes Vordrängen bis zum Tumor, der aus einer Reihe von Cystenkonglomeraten bestand, welche im linken Ligament liegend allenthalben innig mit der Umgebung verwachsen waren und gegen das Gekröse der Flexur, deren beide Blätter aus einander drängend, wuchsen. Die Ausschälung war sehr mühsam; in der Wand der Flexur ereignete sich dabei ein Längsriss, der vernäht wurde und später anstandslos heilte; eine Lostrennung vom Uterus erwies sich als unausführbar und so musste derselbe mit exstirpirt werden. Weiterer Verlauf war kein glatter, die Flexur wurde gangränös, ein Versuch, die Darmfistel operativ zu schließen, misslang und Pat. verlässt nach $2^1/_2$ Monaten mit einem 3 cm langen auf $2^1/_2$ cm klaffenden Anus praeternat. sacral. die Anstalt. H. betont, dass in diesem Falle die Operation wegen zu tiefer Lage des Tumors im kleinen Becken durch Laparotomie nicht hätte vollendet werden können, dass die Flexurenfistel nicht dem Operationsverfahren als solchem, sondern den komplicirten Verhältnissen zuzuschreiben und dass die Exstirpation des Uterus, so wie die Durchschneidung und Ligirung der Ligamente nach der sacralen Methode ungemein einfach und sicher auszuführen ist.

Das Schlussurtheil lautet:

1) Die Exstirpation von Geschwülsten der inneren weiblichen Genitalien ist, wenn sie eine bestimmte Größe nicht überschreiten, mittels der sacralen Methode von hinten her möglich.

2) Diese Methode erscheint indicirt bei einer Summe von Erkrankungen, welche weder per vaginam, noch per laparotomiam bisher radikal operirt werden konnten.

3) Die Vortheile der Methode bestehen bei passender Auswahl der Fälle in der Möglichkeit exakter Blutstillung, ausgiebiger Drainage und unter der Kontrolle des Auges bei Vermeidung zu schonender Gebilde die erkrankten Partien exakt zu entfernen. **Torggler** (Innsbruck).

13) Hochenegg (Wien). Beiträge zur Chirurgie des Rectums und der Beckenorgane.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 26—30.)

Verf. wendet sich in der Einleitung der Arbeit gegen die neueren Modifikationen der Kraske'schen Operation, indem er sowohl die temporäre Resektion des Kreuzbeines, als auch den Zuckerkandl-Woelfler'schen Weg durch die Weichtheile allein verwirft. Er betont auf Grund von 35 Operationen nach Kraske, dass die Kreuzbeinresektion ein absolut gleichgültiger Eingriff sei, und dass die Zuckerkandl-Woelfler'sche Methode nicht jene Zugänglichkeit schafft, wie die Resektion des Kreuzbeines und die Enukleation des Steißbeines und endlich dass durch die Entfernung der genannten Knochen die Festigkeit des Beckenboden, wie ihm ein Fall von späterer Entbindung lehrte, nicht leide. Als Beitrag zu den Indikationen für die sacrale Operation führte H. folgende Fälle an: 2mal angeborene Missbildungen des Mastdarmes, einmal Prolapsus recti; einmal Invaginatio coli, zweimal nicht carcinomatöse Tumoren des Mastdarmes, einmal angeborener cystischer Sacraltumor und zweimal Erkrankungen des weiblichen Genitalapparates. Wir wollen für unser Referat nur diese zwei letzteren Fälle kurz anführen:

1) Carcinoma vaginae mit Kontaktcarcinom der hinteren Lippe und carcinomatöse Infiltration des Cervix bei einer 50jährigen Dame, die 9mal geboren hatte. An der oberen Partie der hinteren Scheidenwand, auf den Fornix sich ausbreitend, eine 3 cm im Durchmesser haltende im Centrum exulcerirte Geschwulst; die Portio kurz, hintere Muttermundslippe vergrößert, hart; Uterus als Ganzes vergrößert, etwas anteflektirt; vom Rectum aus fühlt man den harten Tumor der Scheide als leichte Vorwölbung gegen das Lumen. Die Operation selbst verlief folgendermaßen: an der auf der linken Seite gelagerten Pat. wird nach typischem Bogenschnitt das Steißbein enukleirt und das Kreuzbein partiell resecirt, darauf die linkseitigen Ligamente durchschnitten, mühelos das Rectum isolirt und nach querer Durchtrennung des Peritoneum, des Douglas der Uterusfundus mit einer Hakenzange nach hinten und unten durch die Peritoneallücke vorgezogen, so dass beiderseits gut die zu durchtrennenden Ligamente zur Ansicht kamen. Nach Abbindung und Durchtrennung der Ligamente wird der Uterus so weit hervorgezogen, dass der Fornix der Scheide eröffnet, die oberen Partien der Vagina von der Blase, dem Rectum und den seitlichen Verbindungen lospräparirt und im Gesunden abgetragen werden kann. Der offene Scheidenschlauch wird quer mit Seidennähten vereinigt, das thalergroße Loch im Peritoneum durch Katgutnähte verkleinert und die bleibende Lücke mit Jodoformgazestreifen drainirt. Die äußere Wunde wurde ebenfalls nur in ihrem oberen und unteren Antheile vernäht, während die große Höhle durch den in der Mitte befindlichen Theil der Wunde mit Jodoformgaze tamponirt wurde. Pat. in sitzender Stellung ins Bett gelagert, behufs leichten Abfluss des Sekretes. Nach 14 Tagen verlässt Pat. das Bett, die Wunde granulirt und wird allmählich seichter.

2. Fall: Carcinoma uteri, doppelseitige Dermoidcyste. Untersuchungsbefund der 58jährigen Frau ergiebt eine kurze Vagina, Portio substituirt durch eine trichterförmige, exulcerirte Aftermasse, welche das Scheidengewölbe ringsum auf circa $1^1/_2$ cm Breite bereits ergriffen hat; beide Parametrien (carcinomatös?) infiltrirt; Uterus vergrößert, wenig beweglich; hinter demselben das vergrößerte Ovarium. Bei der Operation zeigten sich sehr verwickelte Verhältnisse: Lage der Pat., Hautschnitt, Voroperation wie im Falle 1, nur musste behufs größerer Zugänglichkeit der Schnitt bis zum Uterus verlängert und der ganze Mastdarm nach rechts dislocirt werden. Beim Versuch gegen den Douglas vorzudringen wird mit der Pinzette der Mastdarm angerissen, Naht der Lücke; bei der weiteren Präparation stieß man auf eine durch schwartige Pseudomembranen von dem Douglas abgegrenzte hühnereigroße Dermoidcyste, deren Ausschälung und Abtragung leicht gelang. Aber erst nach Durchtrennung derber Schwarten gelang es, das Peritoneum zu eröffnen und den Uterus vorzuziehen. Die Parametrien waren nicht carcinomatös, doch war die Durchtrennung der Ligamente wegen Fixation des Uterus nach rechts schwierig. Nach Losschälung des Fundus uteri wird eine zweite mit

dessen vorderen Wand verwachsene Dermoidcyste sichtbar, welche beim Versuche sie zu entfernen einreißt, so dass die Wände derselben partienweise entfernt werden mussten, während sich dickflüssiger Inhalt entleert. Wegen Verwachsung der Blase mit dem Carcinom der Portio muss ein 4 cm langer, 2 cm breiter Streifen der Blasenwand resecirt und die quergestellte Lücke exakt vernäht werden. Erst nachdem die Vagina bis zur Mitte frei präparirt worden ist, kann dieselbe *quer* abgetragen werden. Die Wundversorgung geschah so, dass ein Jodoformgazestreifen gegen die große, der vorderen Dermoidcyste entsprechende Höhle, ein zweiter durch die nicht genähte Scheide geführt wurde; das Cavum ischiorectale wurde mit Jodoformgaze tamponirt, die äußere Wunde in ihrem oberen und unteren Antheil durch Nähte verkleinert. Der weitere Verlauf war ungünstig: Pat. erbrach fast kontinuirlich, delirirte, riss den Verband weg und wühlte mit den Händen in der Wunde herum. Urin in den ersten 2 Tagen spärlich, dann völlig normal. Das Wundbett fängt an zu zerfallen, dieser Zerfall greift auf Rectum und hintere Blasennaht über, führt am 10. Tage zur Zerstörung der genähten Blasen- und Rectalwunde und am 12. Tage zum Exitus. Sektion (Docent Paltauf) ergab: *die* große missfarbig belegte Wunde kommunicirt mit Blase und Rectum durch die aus einander gewichenen Nahtstellen und ist durch die ebenfalls zerfallenden und nach unten geöffneten Dermoidcysten gegen die Bauchhöhle abgeschlossen; linker in Schwarten eingebetteter Ureter abgebunden; mäßige linksseitige Hydronephrose; keine Peritonitis, kein Milztumor. H. deutet den Verlauf folgendermaßen: *in* Folge der Urethralabbindung kam es zu urämischen Delirien, in welchen die Pat. sich die Wunden inficirte; durch den Zerfall im Wundbette kam es zum Auseinanderweichen der vernähten Partien in Blase und Rectum, der sich nun durch die Wunde entleerende Koth und Harn beschleunigte den letalen Ausgang.

Das durch die Operation gewonnene Präparat betraf den mit einzelnen kirschengroßen, subserösen Myomen besetzten, 8 cm langen, plumpen Uteruskörper, und den durch eine tiefe Furche von diesen getrennten, aus Portio und Vaginalcarcinom bestehenden Tumor von Kleinapfelgröße, so wie die hühnereigroße mit Dermoidbrei und Haaren erfüllte Cyste. **Torggler** (Innsbruck).

14) E. Zuckerkandl (Wien). Notiz über die Bloßlegung der Beckenorgane.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 14.)

Der Anatom Z. glaubt, dass der Weg zur Beckenhöhle von der Gesäßgegend her auch ohne Resektion des Steißbeines und eines Flügels des Kreuzbeines gebahnt werden könne und schlägt folgendes Verfahren vor: es wird auf der linken Seite der in der rechten Seitenlage befindlichen Leiche mit dem Hautschnitt begonnen. Derselbe erstreckt sich von der Tuberositas iliaca bis ungefähr in die Mitte zwischen Sitzbeinhöcker und Rectum und wird hart am Rande des Kreuzbeines in leicht nach rechts geschwungenem Bogen gegen das Cavum ischio-rectale herabgeführt. Der große Gesäßmuskel, die Lig. tuberoso und spinoso-sacra, ferner der Musc. coccygeus, eventuell auch noch ein hinteres Stück des Levator ani werden vom Kreuz- und Steißbein hart an ihren Ansätzen abgelöst, beziehungsweise in der Mitte durchschnitten, worauf der extraperitoneale Antheil des Mastdarmes seiner ganzen Länge nach zum Vorschein kommt; dringt man gegen den Douglas'schen Raum vor, so kann man nach Spaltung des Bauchfelles die Beckenorgane zur Ansicht bringen. **Torggler** (Innsbruck).

15) Woelfler (Graz). Über den parasacralen und pararectalen Schnitt zur Bloßlegung des Rectums, des Uterus und der Vagina.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 15.)

Ähnlich wie E. Zuckerkandl will, hat W. die Beckenorgane vom Gesäße her, ohne Resektion des Kreuzbeines bloßgelegt, vom Gedanken ausgehend, dass bei der Frau der Beckenausgang ohnedem weiter, als beim Manne ist und nennt seine und Zuckerkandl's Methode die parasacrale, entgegen der sacralen von Hochenegg-Herzfeld und der perinealen von O. Zuckerkandl. W.

übte sein Verfahren seit länger als 1 Jahr nicht nur an Leichen, sondern schon je 2mal behufs Exstirpatio rect. und Exstirpatio uteri an Lebenden. Der Schnitt beginnt im Gegensatze zu E. Zuckerkandl an der rechten Seite des Kreuzbeines etwas über der Vereinigungsstelle des Steißbeines mit dem Kreuzbeine, etwa 1—2 cm nach außen von dieser Stelle und zieht in einem schwachen Bogen mit der Konkavität gegen den rechten Tuber (in No. 16 obiger Wochenschrift will W. die Konvexität nach außen verlegen) nach abwärts neben dem Rectum auf das Perineum zu einem Punkte, welcher der hinteren Kommissur der Vulva entspricht, 2—3 cm von dieser entfernt. Nach Durchtrennung der Haut gelangt man in dem oberen Theile des Schnittes auf den Rand des M. glut. maj. und unter dem Rande desselben auf das Lig. tuberoso-sacrum. In der unteren Hälfte des Schnittes gelangt man in das Cavum ischio-rectale und in diesem auf die querverlaufenden V. haemorrh. inf. Der M. glut. maj. wird nahe seinem Ansatze am Kreuz- und Steißbeine durchtrennt und das mediale Stück desselben sammt dem Steißbeine (E. Zuckerkandl ohne denselben, Ref.) entfernt. Nach der Durchtrennung des Lig. tuberoso-sacrum und des Lig. spinoso-sacrum wird der M. levator ani durchschnitten; man gelangt auf die Arteria und beide Ven. pud., welche gegen das rechte Sitzbein verlaufen und die man stumpf abziehen kann. Nun wird das Rectum stumpf von der hinteren Vaginalwand abgelöst. Soll Portio vag. und Cervix abgetragen werden, so wird die Kuppe der Vagina eröffnet, die Art. uterina unterbunden und die Abtragung in der Gegend des Halses vorgenommen. Behufs Totalexstirpation des Uterus eröffnet man den Douglas'schen Raum, wälzt die Gebärmutter vor, unterbindet die Lig. lata, kurz verfährt wie Hochenegg-Herzfeld.

Torggler (Innsbruck).

16) **Haynes** (San Francisco). **Irrigation des puerperalen Uterus.**

(Amer. journ. of obstetr. 1889. Februar.)

H. empfiehlt Sublimatirrigationen (1 : 4000) sehr warm, sobald Fieber eintritt, doch warnt er zu gleicher Zeit vor deren Missbrauch. Eine, höchstens zwei Injektionen genügen in gewöhnlichen Fällen. Er bespricht die Zufälle, welche bei der Einspritzung sich ereignen können, als Schmerz, Ohrensausen, Synkope, Frost mit nachfolgender Hitze, Vergiftungserscheinungen, führt einschlägige Fälle an und giebt eine Beschreibung seiner Methode und seines doppelläufigen Katheters.

Engelmann (Kreuznach).

17) **Henry Koplik** (New York). **Beitrag zur Litteratur der Massage des Uterus und seiner Adnexa.**

(Amer. journ. of obstetr. 1889. Februar.)

K. bespricht eingehend die Methode, empfiehlt dieselbe sehr warm auf Grund zahlreicher Beobachtungen, warnt jedoch auch zugleich vor deren Missbrauch, da sie nicht frei von Gefahren sei. Er verlangt von dem Arzte, welcher sie ausführt, dass er gynäkologisch gut gebildet sei und genau die Kontraindikationen in jedem Falle kenne.

Engelmann (Kreuznach).

18) **Schlumberger** (Mühlhausen). **Die Auswaschung der Bauchhöhle mit filtrirtem und gekochtem Wasser nach der Laparotomie.**

(Gaz. méd. de Straßbourg 1889. No. 4.)

S. empfiehlt nach dem Vorgang Lawson Tait's, Keith's, Terillon's u. A. nach schwierigen Laparotomien die Bauchhöhle mit filtrirtem, dann 10 Minuten lang gekochtem Wasser auszuspülen, indem man die Kanüle eines Irrigators zunächst hinter den Uterus führt, sie dann nach verschiedenen Richtungen wendet. Auf diese Weise sollen alle Gerinnsel, alles Blut und Cystenflüssigkeit entfernt werden. Zum Schluss ist es rathsam, die Pat. mit dem Oberkörper aufzurichten, damit das Wasser sich im kleinen Becken sammelt, aus welchem es mittels Schwämmen aufgetupft wird. Die so bewerkstelligte Toilette soll eine vollständigere und schnellere sein, als sie auf irgend eine andere Weise zu erreichen ist. Als Beweis für ihre Wirksamkeit führt S. eine Statistik Terillon's an. Dieser

verlor von 70 ohne Peritonealauswaschung Operirten 11, davon 7 an Peritonitis, 4 an Erschöpfung oder Shock; von 70, bei welchen jene angewandt wurde, 7 an Shock oder Erschöpfung, keine an Peritonitis oder Infektion. Auffällig ist in beiden Reihen, besonders aber der letzten, die große Zahl der an Erschöpfung oder Shock zu Grunde Gegangenen. Die zweite widerspricht direkt der Behauptung, dass die Auswaschung der Bauchhöhle mit warmem Wasser dem Shock vorbeuge; sie bestätigt im Gegentheil die Annahme Polaillon's und Olshausen's, dass jene Gefahr sogar gesteigert werde. — Günstig sind die Terillon'schen Resultate im Vergleich zu denen anderer bedeutender Operateure, z. B. Lawson Tait's, nicht zu nennen. Die des Letzteren aber sind wohl weniger der fraglichen Toilette, als der großen Geschicklichkeit des Operateurs zuzuschreiben.

Zum Schluss berichtet Verf. über 4 Laparotomien, bei welchen er selbst sich der Ausspülung der Bauchhöhle bediente. Auch sie sprechen nicht unbedingt für dieselbe. Nur ein Fall — extraperitoneale Stielbehandlung — verlief fieberlos; in 2 anderen kam es zu, wenn auch nicht lange anhaltenden, Temperatursteigerungen. Die vierte (erst während des Druckes der S.'schen Arbeit Operirte) ging an septischer Peritonitis zu Grunde.

Graefe (Halle a/S.).

19) Paul Mundé (New York). Seltener Fall eines Adeno-Myxo-Sarkoms des Cervix uteri.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. Februar.)

M. operirte bei einer unverheiratheten 19jährigen Dame eine Geschwulst, welche von der Portio ausging und das ganze Becken ausfüllte. Der centrale Theil derselben bestand aus festem Bindegewebe, die Masse dagegen aus einer großen Anzahl traubenförmig angeordneter Cysten. Dieselben zeigten einen myxomatösen Bau, in den Hohlräumen eingebettet zahlreiche Lymph- oder Adenoidkörperchen. Letztere gehen an einzelnen Stellen in Sarkomkörperchen über. Recidive nach kurzer Zeit.

Engelmann (Kreuznach).

20) Popow. Über Fremdkörper in der Gebärmutter.

(Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten 1889. No. 7 und 8. [Russisch.])

Verf. hat in der Litteratur 10 ähnliche Fälle gefunden (größtentheils im Centralblatt für Gynäkologie), indess wenn er dazu auch solche Fälle rechnet, wo sich Fötusknochen in der Gebärmutterhöhle befanden (Fall von Opitz, Centralbl. 1886 No. 46), so dürfte das Verzeichnis des Verf. wohl sehr unvollständig sein; hat doch Ref. (Centralbl. 1881 No. 16) selbst mehrere Fälle mitgetheilt.

Der Fall des Verf. betrifft eine Verkäuferin am Buffet, welche schon 2mal geboren und 1mal abortirt hatte. Von da an wurden die Regeln spärlich, selten und schmerzhaft. Sie führte sich, angeblich um die Blutung zu befördern, eine Haarnadel stehend in die Gebärmutter ein, deren Ende sie hakenförmig gekrümmt hatte.

Bei der Untersuchung fand man nahe der vorderen Scheidenwand das freie Ende der Nadel und fühlte in der Gebärmutter durch deren hintere Wand das gebogene andere Ende.

Die Kranke wurde chloroformirt, der Scheidentheil mit einer Kugelzange gefasst, die Nadel in die Höhe geschoben. Nach Erweiterung des Kanales mit Hegar'schen Zapfen bis zu No. 12 gelang es mit einer Kornzange, die Nadel auszuziehen. Sie war 16 cm lang. Turunde von Jodoformmarli in den Cervicalkanal. Heilung.

Reimann (Kiew).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

Herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 3. Sonnabend, den 18. Januar. 1890.

BOSTON MED. LIBRARY ASS'N. FEB 8 1890

Inhalt: I. **Gottschalk**, Über den Einfluss der Influenza auf Erkrankung der weiblichen Genitalien. — II. **Quetsch**, Selbsthaltende Uteruszange. (Original-Mittheilungen.)

1) **Bar**, Embryotomie. — 2) **King**, Dammriss. — 3) **Tuffier**, Chirurgie der Nieren. — 4) **Schweiger**, Balneotherapie. — 5) **Dels**, Mastitis. — 6) **Boveri**, Vererbungsträger. — 7), 8) **Manton**, Adhäsionen und Tamponade. — 9) **Schapps** und 10) **Wecks**, Katgut und Drainageröhren.

11) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien. — 12) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg. — 13) **Adams**, Hernie des schwangeren Uterus. — 14) **Kalabin**, Extra-uterin-Schwangerschaft. — 15) **Kotelanski**, Zehn Bauchschnitte und vier Totalexstirpationen. — 16) **Hauc**, Kystolithiasis. — 17) **Vávra**, Kaiserschnitt.

Berichtigungen.

I. Über den Einfluss der Influenza auf Erkrankung der weiblichen Genitalien.

Von

Dr. **Sigmund Gottschalk** (Berlin).

Biermer erwähnt, dass durch die Influenza Gebärmutterblutungen bedingt werden und bei Amenorrhoe die Menstruation sich wieder einstelle. Die eben hier herrschende Epidemie hat mir Gelegenheit gegeben, Biermer's Behauptung in 4 Fällen, die in meine Behandlung kamen, bestätigt zu sehen.

Es handelte sich in sämmtlichen Fällen um wirkliche Metrorrhagien, nicht etwa Menorrhagien. Die Blutungen traten entweder gleich am ersten Tage der Erkrankung oder am zweiten Tage auf, waren ziemlich stark und gingen mit Kreuzschmerzen und in 2 Fällen mit starkem Urindrang einher. Als Ursache für den Urindrang, so wie die sehr hochgradigen Schmerzen beim Uriniren fand ich in einem Falle, ein junges Mädchen betreffend, eine akute Entzündung der Urethra und der Vulva. Die Blutungen dauerten 5—8 Tage und wurden unter heißen Scheidenausspülungen und dem Gebrauche der Hydrastis canadensis spärlicher, aber nicht ganz gehoben.

Objektiv konnte ich in allen Fällen eine deutliche Anschwellung der Gebärmutter und eine starke Auflockerung ihrer Wandung nachweisen, so dass sie fast die für Schwangerschaft charakteristische weiche Konsistenz bot. Die Gebärmutterschleimhaut erwies sich bei der Sondirung äußerst empfindlich, weich, ohne jede

Rauhigkeit an der Oberfläche. Die Gebärmutterhöhle war um 1—1½ cm verlängert. Die Scheidenschleimhaut war durchweg normal geblieben.

Eben so ließ sich an den Anhängen, insbesondere den Eierstöcken, keine entzündliche Schwellung nachweisen. Offenbar sind diese Blutungen durch eine akute Entzündung der Gebärmutterschleimhaut bedingt, nicht reflektorisch von den Anhängen aus hervorgerufen. Für diese Thatsache spricht eine meiner Beobachtungen: Im April vor. J. hatte ich bei einer 36jährigen, steril verheiratheten Frau wegen doppelseitiger Tubo-Ovarialcysten die Laparotomie gemacht und die erkrankten Anhänge entfernt. Die Pat. hatte seitdem die Periode verloren. Am 17. December erkrankte sie an Influenza, gleichzeitig traten profuse Gebärmutterblutungen auf; objektiv ließ sich der oben geschilderte Befund erheben. Die Blutungen waren hinsichtlich ihrer Stärke und Dauer gleich heftig wie bei den 3 anderen Kranken und sind also nicht an das Vorhandensein von Eileitern und Eierstöcken gebunden.

Dass Schwangere für Influenza weniger empfänglich seien, habe ich nicht gefunden, im Gegentheil konnte ich, ebenfalls in Übereinstimmung mit Biermer, feststellen, dass Schwangere eben so häufig und gleich stark wie Nichtschwangere ergriffen werden. In 2 Fällen sah ich den Abortus in Folge der Erkrankung auftreten. Der eine Fall betrifft eine 29jährige Schwangere im 3. Monat, der andere eine 32jährige im 4. Monat. In beiden Fällen stellten sich Wehen und ein gelblicher Ausfluss am zweiten Tage der Erkrankung ein; erst 3 Tage später erfolgten Blutungen, welche den Abortus überdauerten. Die Gebärmutter erwies sich in beiden Fällen äußerst empfindlich bei der Betastung.

Eine Hochschwangere (Mitte des 10. Monats), IIpara, wurde ebenfalls am 2. Tage der Erkrankung von Wehen befallen, welche 4 Tage anhielten, den inneren Muttermund so weit eröffneten, dass ich bequem mit 2 Fingern in die Gebärmutterhöhle eindringen konnte, die aber doch nicht hinreichten, die Geburt einzuleiten. Sobald die Influenza abgelaufen war, ließen die Wehen nach; eine Blutung trat in diesem Falle nicht auf, wohl aber einmal Blutbrechen. Auch hier konnte ich eine hochgradige Empfindlichkeit der Gebärmutter und eine eitrige Sekretion aus der Gebärmutterhöhle feststellen. Das Kind blieb am Leben.

Die genannten Krankheitserscheinungen sprechen entschieden dafür, dass auch bei Schwangeren die Influenza zu einer akuten Entzündung der Gebärmutterschleimhaut bezw. der Decidua führen kann, welche in der ersten Hälfte der Schwangerschaft leicht den Abortus bedingt. Die Temperatursteigerung war in den beiden Fällen nicht so hochgradig, dass sie den Abortus erklären könnte.

Die Ansicht von Jacquemier und Kiwisch, wonach die Influenza ohne Nachtheil für den Verlauf der Schwangerschaft sein soll, kann ich also nicht bestätigen.

II. Selbsthaltende Uteruszange.

Von

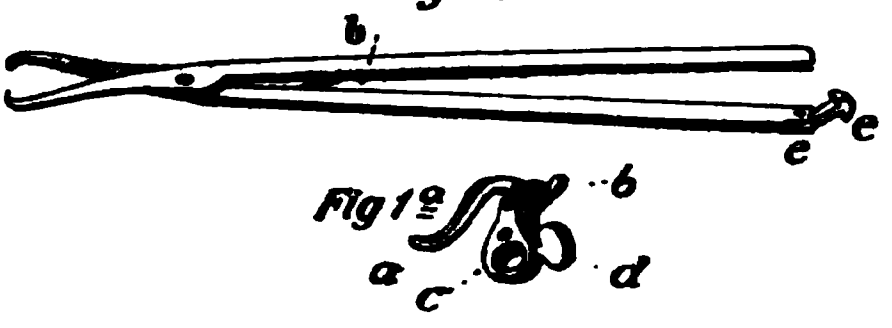
Dr. **C. Quetsch** in Darmstadt.

Zur Untersuchung des Uterus mittels des Röhrenspeculums bediene ich mich seit einiger Zeit eines von mir konstruirten Instrumentes (Hakenzange), dessen Verwendung es ermöglicht, ohne Hilfe der Pat. oder einer Assistenz Untersuchungen und operative Eingriffe vornehmen zu können. Ich halte das Instrument für dergestalt zweckmäßig, dass ich dessen allgemeine Anwendung glaube empfehlen zu können.

Konstruktion und Anwendung des gedachten Instrumentes sind aus den beigegebenen Abbildungen leicht ersichtlich. Die federnde (Fig. 1 *b*) Hakenzange (Fig. 1) wird, nachdem sie durch das in die Vagina eingeführte Speculum bis an den Uterus gebracht worden ist

und letzteren gefasst hat, durch Beilegung des Schlusshakens (Fig. 1 *ee*) geschlossen. Hierauf schiebt man den Bügel (Fig. 1ª *c*) über den runden, gleichmäßig dicken Stahlgriff der Zange, zieht dieselbe mit dem gefassten Uterus so weit als nöthig hervor, befestigt den Bügel durch Zudrehen der Schraube (Fig. 1ª *d*) an den Zangengriff und legt die dergestalt gehaltene Zange mittels des mit der Feder (Fig. 1ª *b*) versehenen umlegbaren Hebels an dem Rande des Röhrenspeculums fest. Um den Uterus ad max. vorziehen zu können, wird, nachdem die Portio gefasst ist, das zur Einstellung dienende Speculum entfernt und ein kürzeres über die Zange nachgeschoben; nunmehr ist der Uterus vorzuziehen und die Zange in der oben angegebenen Weise festzulegen. Durch diese einfache Manipulation ist die Fixation, sowohl des Speculums, als auch des Uterus bewerkstelligt. Die Festlegung der Zange wird durch nebenstehende Abbildung (Fig. 2) veranschaulicht.

Fig. 1.



Die Befestigung meiner Hakenzange an dem Sims'schen Speculum geschieht dadurch, dass an letzterem an beiden Seiten viereckig ausgehöhlte Büchsen fest angebracht werden, in welche genau passende, mittels Schrauben zu befestigende, halbkreisförmig gebogene Stahlstäbchen eingeschoben werden, die alsdann zum Festhalten des Zangenbügels dienen (Fig. 3 *c*). — Selbstverständlich besteht gegen die gleichzeitige Anlegung mehrerer Zangen kein Bedenken.

Fig.2

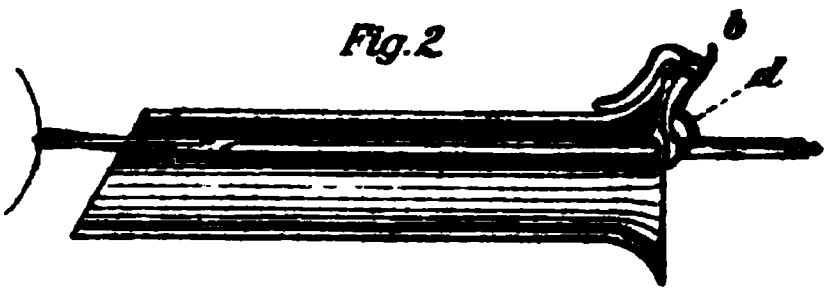
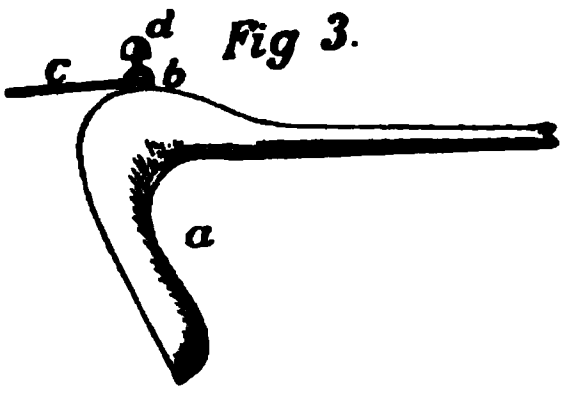


Fig 3.



Die Vorzüge meines Verfahrens sind außer der oben bereits angegebenen selbständigen Handhabung, bei welcher ohne Assistenz ungehindert mit beiden Händen das Erforderliche vorgenommen werden kann, ferner die rasche, sichere und schmerzlose Fixation des Uterus in jeder beliebigen Lage und, nach Einstellung der Portio, die Selbsthaltung des Speculums in situ, wobei die Größe des Speculums genau nach derjenigen der Vagina gewählt werden kann (weil sie für die Anlegung der Zange irrelevant ist). Weiterhin kann die Applikation der Hakenzange geschehen, ohne dass die Kleidung der Pat. hinderlich wäre, was besonders bei der Privatpraxis von Wichtigkeit ist.

Die Verwendung von Häkchen mit entsprechend konstruirtem Stiel — in derselben Weise, wie die Zange — bietet zwar keine Schwierigkeit, indessen dürfte die Verwendung derselben um desswillen nicht eben so zu empfehlen sein, wie die Zange, weil sie leicht ausreißen und nicht sicher liegen.

1) P. Bar (Paris). Experimentelle und klinische Untersuchungen über die »Embryotomie céphalique«.

Paris, Asselin et Houzeau, 1889.

B. beschreibt eine große Zahl der Instrumente, welche zur Zertrümmerung, Perforation und Extraktion des kindlichen Schädels angegeben worden sind. Mit vielen derselben, vor Allem verschiedenen Kephalotriben, Kranioklasten, dem ursprünglichen und modificirten Basilysten Simpson's, dem Transforateur Hubert's, schließlich dem Basiotrib Tarnier's hat er am Phantom Versuche angestellt, deren Ergebnisse, so wie einige klinische Beobachtungen er ausführlich mittheilt. Zahlreiche nach der Natur aufgenommene Abbildungen illustriren theils die Applikation der genannten Instrumente, vor Allem aber die Veränderungen, welche der kindliche Schädel bei der Extraktion mittels derselben erleidet.

Ein Drittel des 300 Seiten umfassenden Buches beschäftigt sich mit dem Tarnier'schen Basiotrib, einem Instrument, welches den Lesern dieses Blattes aus verschiedenen Referaten (1884 No. 1 und No. 37, 1885 No. 37) bekannt ist. B. giebt ihm den Vorzug vor allen anderen, dem gleichen Zweck dienenden Instrumenten. Einige kleine Modifikationen, welche er selbst vorgenommen, gereichen dem ursprünglichen Modell entschieden zum Vortheil. Eine Beschreibung des Instrumentes in seiner jetzigen Gestalt könnte nur unter Bezugnahme auf eine Abbildung instruktiv sein.

Bei dem gerade während der letzten Jahre in Deutschland lebhaft geführten Streit über den Werth der Embryotomie gegenüber der Sectio caesarea verdient das sehr fleißige und instruktive B.'sche Werk die Beachtung unserer Geburtshelfer. Der Verf. selbst stellt sich in dem Vorwort zu seinem Buch auf einen durchaus ablehnenden Standpunkt dem Kaiserschnitt gegenüber. **Graefe** (Halle a/S.).

---

2) James King. Chirurgische Behandlung des Dammrisses mit einigen wichtigen Abänderungen.

(Med. record 1889. Juni 1. p. 581.)

Das zu beschreibende Verfahren passt für alle Fälle, in denen die Schamlippen durch die Wirkung der Muskeln und Fascien aus einander gezerrt sind, dabei Rectocele und Vesicocele, die hintere Scheidenwand und damit auch der Cervix in die Scheidenachse herabgezogen und gleichfalls vorgefallen sind. Es wird nun ein doppeltes Dreieck angefrischt, die gemeinsame Basis der beiden Dreiecke, die ihre Spitzen nach oben und unten richten, liegt an den Resten des Hymen. An dieser Basis wird ein Silberdraht unterhalb der angefrischten Fläche geführt, vorerst aber noch nicht geknotet. Nun kommen 2 Lagen versenkter Katgutnähte in der Vagina, dann erst darüber die fortlaufende Naht, welche die Ränder der Anfrischung vereinigt. Hierauf wird die Silbernaht geknüpft und nun auch das Perineum gebildet, indem zuerst unterbrochene Seidennähte die Mus-

keln und Fascie vereinigen, und zwar nur so tief, als gerade nöthig, schließlich wird mit fortlaufender Katgutnaht die Haut genäht. K. will hiermit sehr feste und haltbare Dämme hergestellt haben.

Lühe (Demmin).

---

3) **Tuffier** (Paris). Experimentelle Studien über die Chirurgie der Nieren.

Paris, **G. Steinheil**, 1889. 166 S.

Die experimentellen, ausschließlich an Hunden ausgeführten Studien des Verf.s betreffen die 4 größeren Operationen, die gegenwärtig hauptsächlich an der Niere vorgenommen werden, die Nephrektomie, Nephrorrhaphie, Nephrotomie, Ureterotomie. Durch mehrere einander folgende Operationen entfernte T. erst die rechte Niere, dann durch mehrmals wiederholte partielle subkapsuläre Resektion die linke. Er fand, dass auf jede Nephrektomie eine fast vollständige Sistirung der Urin- und Harnstoffausscheidung folgt, die aber niemals länger als 24 Stunden anhält. Nach 6 Tagen ist das Gleichgewicht wieder hergestellt, um so schneller, je weniger Nierenparenchym man fortgenommen hat. Die Unterdrückung der Urinsekretion erklärt Verf. als reflektorisch, da die zurückgebliebene Kapsel kongestionirt getroffen wird. Aus seinen Experimenten zieht T. ferner den Schluss, dass pro Kilo Thier (annähernd) 1,0—1,5 g secernirendes Nierenparenchym im Mittel erforderlich sind; bei dieser Berechnung ist das subkutane Fettgewebe, das T. für ein todtes Gewicht erklärt, nicht mit berechnet worden. Rechnet man das mittlere Gewicht des Menschen auf 70 Kilo, so braucht er 80—100 g Niere, d. h. nur ein Drittel bis ein Viertel von dem, was er thatsächlich besitzt. Wir sind also mit Nierenparenchym sehr reich ausgestattet, und hier wiederholt sich ein Gesetz, das wir mehrfach in der physiologischen Einrichtung des Körpers beobachten können, dass die lebenswichtigen Organe gewissermaßen »auf Zuwachs« angelegt sind. Die Versuchsthiere starben in Folge dieser successiven Nephrektomien nicht an Urämie, wie man hätte glauben sollen, der zurückgebliebene Theil funktionirt weiter; wie man an dem in der Blase enthaltenen Urin sieht, sie erliegen nach 24—36 Stunden in tiefem Collaps, ähnlich demjenigen, den man bei Operirten als traumatischen Shock bezeichnet. Die Kompensation erfolgt zum Theil durch wirkliche Hypertrophie des Nierenparenchyms, zum Theil durch Neubildung von Glomerulis.

Praktisch ergiebt sich aus diesen Versuchen für die Nephrektomie, dass sie ohne Schaden vertragen wird, wenn die zweite Niere gesund ist. Einen Aufschluss über ihre Funktionsfähigkeit kann man sich verschaffen durch Bestimmung der von ihr secernirten Harnstoffmenge. Was die Nephrorrhaphie anlangt, so zieht T. sie der Nephrektomie in Fällen von Wanderniere vor, die Ursache des häufig mangelnden Erfolges der erstgenannten Operation sieht er in der Schwäche der Narbe und schlägt zwei neue Methoden vor, um eine

mehr resistente Narbe zu erhalten. Die eine Methode ist schon zweimal beim Menschen zur Anwendung gelangt. Das Hindernis für eine gute Fixation bietet die Kapsel, die er zu zerstören räth, um eine feste Adhärenz zu erreichen.

Weiter behandelt der Verf. die chirurgischen Invasionen und die Kontusionen der Niere, die Prima intentio bei Sutur der Niere, die Narben nach der Nephrotomie etc. unter steter Bezugnahme auf die Arbeiten französischer und englischer Autoren. Das nächste Kapitel berichtet über experimentelle Untersuchungen darüber, wesshalb Wunden der Niere nicht eitern und nicht mit Urin infiltrirt werden, mit wichtigen Versuchen über die Toxicität des Urins. Aus Kapitel IV folgt, dass aseptische Fremdkörper ohne Schaden in der Niere vorhanden sein können; das nächste Kapitel handelt von der Ureterotomie, die Schnittrichtung bei Incision des Ureters, die Schwierigkeit für die Vereinigung von Querwunden des Ureters und von der Anwendung dieser Erscheinungen auf die Behandlung der Ureterensteine. Den Schluss bilden 31 Protokolle über die Experimente. 26 Abbildungen und Kurven erläutern die Ausführungen des Verf. Die Ausstattung des Buches ist eine sehr gute.

K. Ruhemann (Berlin).

---

4) **Schweiger** (Budapest-Franzensbad). Balneotherapeutische Behandlung der Gebärmutterblutungen.

(Orvosi Hetilap 1889. No. 16.)

Gegen Menorrhagien sind nach vergeblicher Anwendung der gebräuchlichen Mittel vom 5. Tage an 24—25° R. warme Moorbäder von 12—15 Minuten langer Dauer zu gebrauchen, jedoch nie in den ersten Tagen der Periode!

Bei Metrorrhagien sind Moorbäder in jenen Fällen indicirt, wo Atonie des Uterus (entstanden durch viele rasch nach einander erfolgte Geburten oder zu frühes Aufstehen und Anstrengungen nach einem Wochenbette) das ursächliche Moment bilden. Die Temperatur der Bäder darf 25° R. nie übersteigen; auch müssen die Kranken vollkommene Ruhe bewahren, in das Bad und aus demselben getragen werden und einige Stunden nach demselben im Bette ruhen.

Die blutstillende Wirkung schreibt S. dem durch das kohlensaure Eisenoxydul, Ameisen- und Humussäure, so wie durch den mechanischen Druck und die Reibung hervorgebrachten Reiz auf die Uterusmuskulatur zu.

Bei zu geringen Menstrualblutungen sind vom 2. bis 3. Tage an kohlensäurehaltige Eisenbäder zu gebrauchen, die durch den Kohlensäuregehalt die Nervenenden reizen und eine stärkere Kongestion zur Gebärmutter hervorrufen.

Von eisenhaltigen Wässern dürfen während der Periode nur glaubersalzhaltige Eisenwässer (wie z. B. die Egerer Salzquelle in

Franzensbad) getrunken werden, da diese leicht resorbirbar sind und sogar von bettlägerigen Kranken vertragen werden.

Temesváry (Budapest).

---

5) M. Deis (Karlsruhe). Mastitis parenchymatosa.

Inaug.-Diss., Heidelberg, 1889.

Nach den Ausführungen Kehrer's in Müller's Handbuch der Geburtshilfe 1889, III trennt Verf. eine vom subkutanen Bindegewebe auf die Drüse übergehende und meist zur Abscessbildung führende Mastitis interstitialis von einer zweiten Form, welche in den Milchgängen und Drüsenbläschen selbst beginnt und abläuft, der Mastitis parenchymatosa. Von letzterer sind aus der Heidelberger Frauenklinik 59 Fälle gesammelt. Für das Zustandekommen der Entzündung macht D. in der Mehrzahl der Erkrankungen eine Infektion des Parenchyms durch Mikroorganismen verantwortlich, die von außen in die Milchgänge eindringen. Diese wirken einerseits entzündungerregend auf die Wandung der Drüsenkanäle, andererseits zersetzend auf die Milch. Kaseïn wird ausgefällt und die sich entwickelnde Milch- und Buttersäure wirken ihrerseits reizend auf die Epithelien des Parenchyms. Bloße Galaktostasen rufen keineswegs das klinische Krankheitsbild der parenchymatösen Mastitis hervor. Auf Grund seiner mit Temperaturtabellen versehenen Krankenbeobachtungen fasst der Autor die Hauptpunkte seiner Untersuchungen wie folgt zusammen:

1) Durchschnittlich 3,6% der Wöchnerinnen, vorwiegend Erstgebärende, erkranken an Mastitis parenchymatosa.

2) Ungefähr in der Hälfte der Erkrankungen gehen Warzenexkoriationen an der betreffenden Brust voraus.

3) Die Krankheit setzt ein meist am 8., 9. und 10. Tage des Wochenbettes und dauert meist 3—4, durchschnittlich 5 Tage.

4) Eiter lässt sich, wo er auftritt, in der großen Mehrzahl am 1. und 2. Krankheitstage aus den Milchgängen entleeren, und die Eiterung dauert meist nur wenige Tage.

5) Erkrankt ist meistens der äußere und untere äußere Drüsenlappen.

6) Das begleitende Fieber ist gewöhnlich nur von kurzer Dauer; am häufigsten sind Temperaturen von 39,0°—40,0° C., nächstdem von 40,0°—41,0°, seltener von 38,0°—39,0° und am seltensten unter 38,0° C.

7) Das Temperaturmaximum fällt am häufigsten auf den ersten Krankheitstag.

K. Ruhemann (Berlin).

---

6) Boveri (München). Ein geschlechtlich erzeugter Organismus ohne mütterliche Eigenschaften.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 41.)

Verf. suchte experimentell den bereits von Rauber versuchten Nachweis zu liefern, dass lediglich der Kern der Vererbungsträger ist, d. h. dass die Charakter-bestimmenden und vererbenden Sub-

stanzen der Zelle ausschließlich im Kerne enthalten sind. Verf. suchte kernlose Eifragmente des Seeigels Sphaerechinus granularis mit Sperma einer anderen Species des Echinus microtuberculatus zu bastardiren und so lange zu züchten, bis der sich entwickelnde Organismus Qualitäten beider Arten oder nur solche der einen Art aufweist. Das interessante Resultat einer derartigen Züchtung war dies, dass alle echten Bastarden sowohl in der Körpergestalt wie im Skelett eine ziemlich genaue Mittelform zwischen den beiden Eltern repräsentirten, nämlich eine neue Form, welche mit keiner der beiden elterlichen Larvenformen verwechselt werden konnte. Hatte Verf. Sphaerechinus-Eier vor dem Zusetzen des Echinussamens zerschüttelt, so blieben einzelne Eier zwar intakt und gaben die echte Bastardform; die gleiche Form trat an vielen kleinen Larven auf, es war dies die aus kernhaltigen Bruchstücken entstandene. Ein anderer Theil der Zwerglarven stimmte dagegen vollkommen mit den reinen, aus Ei und Sperma von Echinus microtuberculatus erzeugten Larven überein. Sie mussten mithin offenbar aus kernlosen Fragmenten hervorgegangen sein. Durch isolirte Züchtung kernloser Bruchstücke würde man sich von der Richtigkeit einer solchen Annahme überzeugen können. Leider missglückten die vom Verf. in dieser Richtung vorgenommenen Versuche. In Ermangelung eines solchen direkten Beweises suchte Verf. einen ebenfalls scharfen Beweis für die Richtigkeit seiner Erklärung beizubringen. An der Größe der Kerne kann man nämlich einer abgetödteten und gefärbten Larve noch ansehen, ob ihr ein kernhaltiges oder kernloses Ei zu Grunde liegt. Es ist bei den befruchteten kernlosen Eifragmenten der erste Furchungskern, der doch nur vom Spermakern gebildet wird, halb so groß als ein normaler erster Furchungskern. Dieser Größenunterschied erbt sich auf alle Nachkommen der Eizelle bis zum Larvenstadium fort. Tödtete nun Verf. von den mit Echinussamen befruchteten Sphaerechinus-Eiern und Eifragmenten gleichaltrige Larven mit dem Bastardtypus und mit reinem Echinustypus ab, so zeigten die letzteren immer kleinere Kerne als die anderen. Mithin gelang es dem Verf. zu beweisen, dass lediglich der Kern der Vererbungsträger ist. Mit dem mütterlichen Kern sind zugleich die mütterlichen Vererbungstendenzen des Eies beseitigt. Das mütterliche Protoplasma, obgleich es materiell den größten Antheil an der Bildung des neuen Organismus nimmt, ist auf die Form desselben ohne Einfluss. Der Kern dokumentirt nach Verf. eine assimilatorische Kraft dem Protoplasma gegenüber, indem er aus einem Material, welches schon mit unseren Wahrnehmungsmitteln verschieden erscheint, gleichgestaltete Organismen hervorgehen lässt. Ob diese jedoch bis herab zu ihrer chemischen Konstitution einander völlig gleichen, will Verf. weder behaupten, noch für wahrscheinlich halten. Wären solche Differenzen in der That vorhanden, so könnten sie als Nachwirkungen jener Kerne erklärt werden, mit denen früher das kernlose Protoplasma vereinigt war.

v. **Swięcicki** (Posen).

7) **Manton.** Behandlung alter Verwachsungen im Becken.

(Separatabdr. aus den Verhandl. der Michigan state med. soc. 1888.)

8) **Manton.** Scheidentamponade bei Behandlung der vorgefallenen Eierstöcke.

(Separatabdr. aus den Verhandl. der Amer. assoc. of obstetr. and gynecologists 1889.)

Nicht nur für alte Verwachsungen und Exsudate im kleinen Becken, sondern vor Allem auch bei Eierstockvorfall redet M. der Ausstopfung der Scheide mit Glycerinwattetampons das Wort. Er weicht von der ursprünglichen Methode Taliaferro's in so fern ab, als jener der Knie-Ellbogen-, er der Sims'schen Seitenlage den Vorzug bei der Einbringung der Wattebäusche giebt, weil letztere weniger ermüdend und unangenehm ist. Besonders wenn der Eierstock in den Douglas'schen Raum vorgefallen und dort durch entzündliche Ablagerungen festgewachsen ist, sind die Erfolge der Behandlung ausgezeichnet. **Lühe** (Demmin).

9) **John Schapps.** Die Zubereitung des Katgut.

(Med. record 1889. Juli 13. p. 40.)

10) **Weeks.** Resorbirbare Drainageröhren.

(Ibid. Juni 1. p. 605.)

S. legt die rohen Katgutstreifen in Äther. Dieser wird dadurch verfärbt und nimmt einen animalen Geruch an, er muss daher täglich erneut werden. Nach einigen Tagen hat das Katgut alles Fett verloren und erscheint ganz weiß, und dürfte völlig aseptisch sein. S. hebt das so hergestellte Katgut in einer $1^0/_{00}$igen Lösung von Sublimat in Äther, auf eine Glasspule aufgewickelt, auf. Es behält so seine Festigkeit vollkommen und ein kurzes Verweilen in Wasser benimmt ihm seine Steifigkeit. S. hat dies Katgut sehr bewährt gefunden und theoretisch lässt sich ja auch denken, dass die gänzliche Entziehung allen Fettes für die aseptische Eigenschaft sehr günstig sein mag.

W. stellt sich eine neue Art resorbirbarer Drains aus den Arterien des Ochsen dar. Sie werden zuerst abgezogen und in Stücke von 4—5 Zoll Länge geschnitten, dann 5 Minuten in Wasser gekocht. Hierdurch werden sie gehärtet und sterilisirt. Dann werden die Löcher eingeschnitten und über Glasstäbe von verschiedener Dicke je nach ihrer Stärke gezogen. Darauf kommen sie 10 Minuten lang in Sublimatlösung 1:100, endlich 24—48 Stunden lang in Alkohol, worauf sie von den Glasstäben abgestreift und bis zum Gebrauch wieder in Alkohol aufgehoben werden. Vielleicht könnte auch hier der Äther zur Herstellung verwandt werden. **Lühe** (Demmin).

Kasuistik.

11) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 5. November 1889.

Vorsitzender: C. v. Braun; Schriftführer: Felsenreich.

Lihotzky stellt eine 32jährige Osteomalacische vor, welche Prof. Chrobak mittels Porro von einem lebenden Knaben entband. Puerperium afrebil; des Weiteren demonstrirt er ein macerirtes osteomalacisches Becken einer 41jährigen XIpara, die am 22. Juli nach 2tägigem Kreißen in der Klinik aufgenommen wurde; die Beckenverengerungen waren bereits so weit vorgeschritten, dass trotz abgestorbener Frucht die Kraniotomie nicht mehr in Frage kam, sondern Porro ausgeführt wurde; Tod am 4. Tage p. op. an Septikämie.

Zum Schlusse zeigt er eine 24jährige Neugeschwängerte nach konservativem Kaiserschnitte. Wegen allgemein verengten platten Beckens führte Breisky am 28. September 1888 aus relativer Indikation die Operation aus; seit 5 Monaten ist die Frau wieder gravid. Vortr. will zu geeigneter Zeit die künstliche Frühgeburt einleiten.

BOSTON MEDICAL LIBRARY FEB 7 1891

Koehler berichtet über 4 Fälle von nach sacraler Methode operirter Uteruscarcinome aus der chirurgischen Klinik des Hofrath Albert. Vortr. schildert ausführlich das Operationsverfahren nach Hochenegg und betont, auf seine Fälle übergehend, dass dieselben alle als schwere und vorgeschrittene zu bezeichnen seien, so dass vaginale Exstirpation nicht mehr geeignet war (nach den allerdings sehr kurzen Krankengeschichten müsste Ref. das bezweifeln). Die Pat. konnten nach 11—39 Tagen (allerdings immer mit noch granulirender Wundfläche) entlassen werden. In einem Falle wurde bei der Losschälung des Uterus mittels des Pacquelin der linke Ureter verschorft und so eine Ureterenfistel gesetzt. Auch dieser Fall wurde vor vollständiger Heilung in häusliche Pflege entlassen.

v. Beck (als Gast) berichtet ebenfalls über die sacrale Operationsmethode, wie selbe Hegar, nachdem Hochenegg-Herzfeld die Vorschläge gemacht hatten, zuerst an der Lebenden praktisch zur Ausführung brachte und später modificirte. Der erste Fall betraf eine Frau mit einem großen parametranen Abscess, der von keiner der gewohnten Incisionsstellen dem Messer zugänglich war, desshalb wurde derselbe nach der Kraske'schen sacralen Methode mit Resektion eines Kreuzbeinflügel bloßgelegt und incidirt. Wegen des äußerst langwierigen Heilverlaufes beschloss Hegar, in der Zukunft das Kreuzsteißbein nicht mehr für immer zu resecciren, sondern nur eine temporäre, osteoplastische Resektion vorzunehmen. Zu diesem Zwecke war auch im nächsten Falle — doppelseitiger Pyosalpinx tuberkulöser Natur — die Schnittführung eine neue. Auf der Rückfläche des Kreuzbeines wird ein V-Schnitt gesetzt, dessen Schenkel, 1 cm unterhalb der Spin. il. post. inf. beginnend, an der Steißbeinspitze zusammenlaufend endigen (bei sehr fettreichen Pat. muss die Scheitelstelle des Schnittes gegen den Anus zu verlängert werden, so dass der Schnitt eine Y-förmige Gestalt bekommt). Der Hautlappen wird in Kontakt mit dem Kreuzsteißbein gelassen und nur die Weichtheile und Bänder hart am Kreuzsteißbeinrand durchtrennt. Nun stumpfes Ablösen des Mastdarmes von der vorderen Kreuzbeinfläche, um zwischen dem 3. und 4. Kreuzbeinloch eine Kettensäge durchzuführen und das Kreuzbein senkrecht zu seiner Achse so weit zu durchsägen, bis es unter vollständiger Erhaltung des die Hinterfläche des Knochen überziehenden Periostes möglich ist, die durchsägte Partie gegen den Rücken der Pat. umzuklappen. Dann Aufsuchen und Spaltung der Douglas'schen Falte, Hervorziehen des Uterus und seiner Adnexe, Salpingotomie, Peritonealverschluss. Herunterklappen des temporär resecirten Kreuzsteißbeinstückes, Naht der Hautwundränder und Drainage von einem Wundwinkel aus. Fieberloser Verlauf; nach einigen Wochen Konsolidation des Kreuzbeines. Die Tubenexstirpation war äußerst schwierig und bot gegenüber der Laparotomie keine Vortheile.

In weiteren 4 Fällen gab Carcinom des Uterus (je 2mal mit dem Sitze im Fundus resp. in der Portio) die Indikation zur Kraske'schen Voroperation. Alle diese Fälle eigneten sich wegen Verwachsungen und Verdickungen früherer peri-

und parametritischer Processe nicht für die vaginale Exstirpation, dafür bot die sacrale Methode nach Hegar große Vortheile: die Lage der Beckenorgane war gut zu übersehen, die Adhäsionen waren unter Kontrolle des Auges leicht zu ligiren und zu durchschneiden, eben so die Art. uterina und die Ligamente. Vor Auslösung des Uterus aus dem Scheidenansatz wurde der Peritonealverschluss durch Annähen des oberen Incisionsrandes der Douglas'schen Falte an die vom Uterusstumpf abgelöste Plica vesico-uterina peritonei gemacht. Die Wunde nach der Scheide hin wurde drainirt, das Kreuzsteißbein in seine Lage gebracht, die Hautwunde vernäht. In den beiden geheilten Fällen konsolidirte das Kreuzbein rasch; 2 Operirte starben, eine an Sepsis, die andere an Nephritis und Herzschwäche.

Den 7. Fall veranlasste eine seltene Indikation: Neurofibrome in der hinteren Falte des Douglas, die ungeheure Schmerzen auslösten. Nach osteoplastischer Kreuzsteißbeinresektion wurden die Neurofibromknötchen, da sie sich stumpf vom Peritoneum nicht ablösen ließen, mit den betreffenden Peritonealstellen excidirt. Naht der Peritonealwunde, Schluss des Operationsfeldes in gewohnter Weise. Reaktionslose, vollständige Heilung.

Zinsmeister referirt ebenfalls über eine Uterusexstirpation nach Kraske-Hochenegg wegen carcinomatöser Infiltration der Portio bei enger Scheide und großem, derbem, nach hinten leicht fixirtem Uterus. Vortr. bestätigt die Schwierigkeit des Auffindens der Peritonealfalte; das Rectum wurde an einer kleinen Stelle eröffnet (Z. räth deshalb, nach dem Vorschlage Hochenegg's, dasselbe provisorisch zu tamponiren); klarer Überblick der Beckenorgane, leichtes Vorziehen und Exstirpiren des Uterus mitsammt dem etwas carcinomatös infiltrirten Fornix der Scheide. Naht der Vagina; Tamponade der übrigen Wunde. 4 Stunden p. op. plötzlicher Tod in Folge von Herzparalyse.

Herzfeld (als Gast) stellt als Indikation für die sacrale Methode gerade jene Fälle auf, in denen es sich um Fixirung des Uterus durch peri- oder parametritische Narben handelt oder in welchen das Corpus uteri sehr stark vergrößert ist. Hinsichtlich der Schwierigkeit bei Auffindung der Peritonealtasche weist Vortr. darauf hin, dass viel zu hoch operirt werde, er schlage vor, den Hautschnitt bis an den Anus zu führen, weniger vom Kreuzbeine zu reseciren und in das Septum rectovaginale rechts vom Mastdarme einzugehen, dann komme man leicht auf das Peritoneum des Douglas.

Hochenegg findet die Ausführung Herzfeld's theoretisch begründet, meint jedoch, dass praktisch sich das Eingehen an der linken Seite des Rectum mehr empfehle, um diesen zu schonen.

v. Beck giebt an, dass Hegar stets rechts vom Mastdarme eingehe und dass derselbe den Vorschlag Herzfeld's, vor der Loslösung des Uterus von der Scheide das Peritoneum des Rectums an das des Cervix zu nähen, dahin modificirt habe, dass er zuerst einen Streifen des die Vorderwand des Uterus bekleidenden Peritoneums ablöst und dann näht.

Hochenegg meint, die Peritonealnaht sei überhaupt nicht nothwendig, nie lasse sie sich aber nach einer Schablone gestalten, weil der Defekt oft unregelmäßig sei, um so mehr, als die Eröffnung selten im Douglas erfolgt sei.

Hofmokl interpellirt, ob nicht bei Eröffnung der Peritonealhöhle ein Prolabiren der Därme beobachtet worden sei.

Hochenegg verneint dies.

Dittel fragt, ob die Gynäkologen bei einer Ureterenverletzung sich anders verhalten als die Chirurgen, da gesagt worden sei, dass bei der sacralen Methode diese Verletzungen weniger zu fürchten seien, als bei der vaginalen Operation.

Herzfeld meint, dass es bei der sacralen Methode nicht leicht zu einer Verletzung der Ureteren komme, weiterhin, dass man bei einer eventuellen Verletzung des Ureters denselben legaliter unterbinden könne.

Maydl glaubt, man könne eventuell einen durchschnittenen Ureter in das Rectum oder in die Vagina implantiren.

Assistent v. Braun demonstrirt eine 28jährige Frau, bei welcher wegen einer für einen Ovartumor angesehenen Neubildung die Laparotomie gemacht worden

war. Hierbei stellte sich heraus, dass es sich um ein Sarkom, vom Mesenteriu des Dünndarmes ausgehend, handelte. Bei der Ablösung riss der Darm ein, ei 10 cm langes Stück wird resecirt, beide Enden durch versenkte Muscularisnäh mit in das Innere geknüpften Seidenfäden geschlossen, fortlaufende Serosanaht m Katgut. Fieberlose Heilung.

C. v. Braun referirt a) über einen Fall, in dem er bei bestehender Graviditä (4 Monate) wegen Fibroma uteri laparotomirte; der 4800 g schwere Tumor gin breitgestielt vom Fundus ab; Anlegen einer elastischen Ligatur um den Stiel Enucleation der Neubildung; Vernähen des Stumpfes. Nach Lösung der Ligatu blutet es aus den Stichkanälen, neuerliches Anlegen der Ligatur und Versenkun derselben mit dem schwangeren Uterus. Bisheriger Verlauf (26 Tage) fieberfrei be Fortbestand der Gravidität;

b) über einen Fall, bei dem er wegen hochgradiger Aorteninsufficienz die La parotomie behufs Entfernung eines großen Fibroms in Bromäthylnarkose vornahm

Torggler (Innsbruck).

---

12) Verhandlungen der geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 19. März 1889.

Vorsitzender: Herr Hotte; Schriftführer: Herr Lomer.

Herr Schmalfuß wird zum Mitglied der Gesellschaft gewählt.

Herr Strack berichtet über folgende Fälle von Eklampsie.

1) Primipara. Normale Geburt. Am 4. Tage des Wochenbettes ein Anfall von Krämpfen. Heilung.

2) 34jährige Primipara. Bei hochstehendem Kopfe und nicht ganz verstrichenem, ödematösem Muttermunde, sehr heftige Krampfanfälle, die sich innerhalb 6 Stunden 9mal wiederholten. Dann bei 38,5 T. und 124 P. Forcepsapplikation unter Zurückstreifen des Muttermundes. Koma. Normales Wochenbett. Die einzelnen Eklampsieanfälle wurden durch Chloroforminhalirungen bekämpft. Das Kind war lebend, starb aber am 3. Tage ganz plötzlich ohne nachweisbare Ursache. Sektion nicht vorgenommen.

3) Eine Vpara, die neun Jahre nicht geboren hatte, wurde im 7. Monat ihrer Schwangerschaft von sehr heftiger Eklampsie mit stertorösem Athem befallen. Strack chloroformirte $^1/_4$ Stunde lang und injicirte dann 0,015 Morphium. Am nächsten Tage 2 weitere Anfälle, die mit 2 Morphiumdosen von 0,02 bekämpft wurden. Der Urin war sehr spärlich, trübe und gerann beim Kochen im Reagensglase. Herr Lomer, der zu dem Falle hinzugezogen wurde, ließ nach Breus' Vorschriften heiß baden 29—32°R. $^1/_2$ Stunde lang mit nachheriger Einpackung, täglich ein Bad. Die Ödeme gingen darauf zurück. Die Diurese wurde reichlicher, trotz sehr starker Diaphorese. Das Kind blieb am Leben, Wehen stellten sich nicht ein.

Am 5. Tage fingen die Bäder an der Pat. lästig zu werden. Sie fühlte sich ganz wohl, hatte nur Spuren von Eiweiß im Urin, war aufgestanden und besorgte wieder ihren Hausstand. Das Baden wurde daher ausgesetzt. Am 14. Tage traten wieder Kopfschmerzen auf. Der Urin wurde wieder trübe, spärlich, es stellten sich Ödeme aufs Neue ein. Demgemäß wurden wieder Bäder und Morphium verordnet. Am 18. Tage gebar Pat. ein lebendes, dem 8. Schwangerschaftsmonat entsprechendes Kind, das nach 8 Tagen atrophisch zu Grunde ging. Wochenbett normal.

Dieser Fall zeigt die Nützlichkeit großer Dosen Morphium, wie Veit sie empfohlen hat. Die Kranke bekam innerhalb 24 Stunden einmal 0,09 Morphium. Die Anfälle ließen darauf entschieden nach, die Kranke wurde ruhig, transspirirte und gerieth in einen festen Schlaf.

Andererseits ist der Fall auch lehrreich in Bezug auf die systematische Anwendung heißer Bäder; die Ödeme schwanden, der Urin wurde klar, der Eiweißgehalt verminderte sich und Pat. ward dadurch so weit wieder hergestellt, dass sie ihren häuslichen Arbeiten nachgehen konnte. Mit dem Aussetzen der

Bäder traten später von Neuem die alten Erscheinungen auf und führten diesmal zur Frühgeburt.

4) Herr Strack wurde kürzlich Abends 5½ Uhr zu einer 26 Jahre alten, im 6. Monat ihrer ersten Schwangerschaft stehenden Frau gerufen. Ein anderer Arzt hatte einige Tage vorher angeblich ein Nierenleiden bei ihr diagnosticirt. Strack fand die Kranke bei Bewusstsein, aber sehr stark hydropisch. Die großen Labien waren über faustdick angeschwollen, die Conjunctiva bulbi so ödematös, dass sie bis über die Cornea reicht. Eklampsie war bisher nicht eingetreten. Die Pat. war so wohl gewesen, dass sie Nachmittags noch einen Spaziergang gemacht hatte. Strack ordnete die Anschaffung einer Badewanne an. Am nächsten Morgen sollte mit heißen Bädern angefangen werden.

Um 9 Uhr Abends wurde er wieder citirt. Er fand die Kranke in tiefstem Koma. Es hatte kein richtiger eklamptischer Anfall stattgefunden, sondern plötzliche Bewusstlosigkeit. Der Puls war gut. Strack verordnete Senfteige auf die Brust. Ohne aus dem Koma aufzuwachen starb die Kranke Morgens 4 Uhr.

Die Sektion fiel negativ aus. Ureteren, Nierenbecken waren ganz normal, das Herz nicht hypertrophisch. Auffällig war die Schnelligkeit, mit welcher die Zersetzung der Leiche erfolgte. Obgleich die Witterung kühl, war nach 32 Stunden der Körper in stärkster Verwesung begriffen. Die Placenta saß an der vorderen Uteruswand auf, in derselben fand sich ein Bluterguss. Das Kind entsprach dem 6. Monat.

Diskussion. Herr Lomer kann ebenfalls die günstige Wirkung sowohl der Morphiuminjektionen, wie auch der heißen Bäder bestätigen. Letztere erzeugen durchaus keine Wehen und wirken auf das Kind auch durchaus nicht schädlich, wie der gemeinsam von Dr. Strack und ihm behandelte Fall zeigt. In manchen Fällen sei es auch gut, die Anwendung des Aderlasses in Betracht zu ziehen. Gerade bei jungen plethorischen Frauen, wie in dem letzten von Strack citirten Falle, wo mehr das Koma als die eklamptischen Anfälle in den Vordergrund traten, sei der Aderlass am Platze.

Herr Lewig hat 7 Fälle von Eklampsie behandelt, die alle genesen sind und zwar durch Opium-Klysmata in der nach Cohen's Vorschrift verabreichten Dosis von 2stündlich 25 Tropfen Opiumtinktur. Außerdem Aderlass.

Herr Aly hält in gewissen Fällen auch viel von Aderlass. In einem Falle von Urämie bei Scharlach ließ er eine sowohl von ihm, wie von seinem Chef für moribund gehaltene Kranke zur Ader und sah sie genesen.

Herr Voigt sah auch Erfolge von Aderlass. In folgendem Falle versagte indessen das Mittel: Eine 28jährige IIpara Frau durch die Zange in Chloroformnarkose entbunden, verfiel dann in Koma, welches trotz Morphium und Aderlass in Lungenödem überging und zum Tode führte.

Herr Räther hatte im vorigen Jahre merkwürdig oft Gelegenheit, Eklampsie zu beobachten, nämlich 6mal. Die schwersten Fälle zeichneten sich dadurch aus, dass die eklamptischen Anfälle erst im Wochenbett auftraten. R. citirt folgende Beobachtungen:

1) IVpara, frühere Entbindungen normal. Eklampsie. Chloroformnarkose. Forcepsapplikation. Nach der Entbindung neue Anfälle, die mit Morphium bekämpft wurden. Zuletzt noch leichte Psychose.

2) Ipara, spontan von Zwillingen entbunden. Einige Stunden nach der Geburt Eklampsie, und zwar waren schon gleich nach der Geburt des ersten Kindes bereits unerträgliche Kopfschmerzen vorangegangen. 0,025 Morphium.

Dr. Staude, der hinzugezogen wurde, sah den Fall als einen mäßig schweren an. Dann kamen aber 2 sehr schwere Anfälle mit Lungenödem. Tod trotz Einpackungen in heiße Tücher.

3) In einem anderen Falle litt eine Schwangere an sehr starkem Hydrops. Die Conjunctiva bulbi waren stark geschwollen. Die eine Vulvarlippe durch Hämatom prall gespannt. Incision. Nach 2 Tagen wurde ein macerirtes Kind spontan geboren. Nach der Entbindung trat ein leichter Eklampsie-Anfall auf, der durch Morphium rasch beseitigt wurde.

4) Bei einer III. Pat., die nach Typhus eine Nephritis behalten hatte, macht R. den künstlichen Abortus. Keine Eklampsie. Bei Herzschwäche will R. kein Narkose, sondern Analeptica geben.

Herr Hotte ist der Meinung, dass bei Eklampsie die empirische Therapi die beste ist. Eine eklamptische Niere ist keine nephritische, sondern eine anä mische Niere. Hotte hält nichts vom Aderlass, empfiehlt sedative Mittel un heiße Bäder.

Herr Strack erwähnt einen von Staude in der Entbindungsanstalt beobachteten Fall, wo eine nach Veit's Angaben behandelte komatöse Eklamptische an Morphiumintoxikation starb. Bei ganz schwerem Koma ist S. gegen Morphium.

Räther will bei der Geburt nur Chloroform angewandt wissen.

Michael erwähnt einen Fall, in dem Digitalis von temporärem Nutzen war.

Schütz: Im Allgemeinen sind die post partum auftretenden Fälle leicht. Nach Veit's Erfahrungen will Schütz fortan stets Morphium geben, außerdem aber zugleich die künstliche Frühgeburt einleiten. Er warnt ferner vor der Verabreichung von diuretischen Mitteln bei Eklampsie.

Einige Mal beobachtete er Steigerung der Körpertemperatur bis auf 41 Grad in Folge der gesteigerten Muskelarbeit.

Schluss der Sitzung 10 Uhr.

---

13) Samuel Adams (Washington). Hernie des schwangeren Uterus.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. März.)

Zwei Geburten waren normal verlaufen, eben so die dritte in der Eröffnungsperiode. Plötzlich, nach einer starken Wehe, trat Ruptur der Bauchwand ein, der ganze Uterus zeigte sich nur von papierdünner Haut bedeckt außerhalb der Bauchhöhle. Deutlich ließen sich die Uteringefäße, wie auch die Uteruskontraktionen durch die Haut erkennen. Forceps und leichte Entwicklung einer lebenden Frucht. Nachdem die Placenta entfernt war, ließ sich die gut kontrahirte Gebärmutter ohne Mühe reponiren. Nur eine kleine Öffnung blieb in der Bauchwand zurück.

Engelmann (Kreuznach).

14) J. Kalabin (Moskau). Fall von Extra-uterin-Schwangerschaft, mit Elektricität behandelt.

(Arch. de tocol. 1889. März.)

K. zählt eine Anzahl von Fällen auf, in denen Elektricität zur Behandlung der Extra-uterin-Schwangerschaft Anwendung fand und schildert sehr ausführlich einen selbst beobachteten Fall, der erste aus Russland publicirte.

3 Tage nach einem Collaps in Folge innerer Blutung begann die Behandlung mit dem konstanten Strome, 40—60 Milliampères 10 Minuten, negativer Pol in die Vagina gegen den Tumor, positiver auf die Bauchdecken. Die ersten Sitzungen hatten nicht den gewünschten Erfolg, mehrfach wiederholten sich die bedrohlichen Erscheinungen innerer Blutung. Auch eine Elektropunktur des Sackes per vaginam führte nicht zum Ziele. Die Elektrisationen wurden jedoch fortgesetzt und endlich nach 31 Sitzungen Heilung erzielt. In der Folge verschwanden die letzten Reste des Tumors. Die Behandlung mit dem elektrischen Strome dauerte 3 Monate, nachdem sie im 2. Monate der Schwangerschaft begonnen worden war.

Heyder (Leipzig).

15) Kotelanski. 10 Bauchschnitte und 4 Entfernungen der Gebärmutter von der Scheide aus im Jekaterinburger Entbindungshause in Sibirien 1887—1888.

(Med. Rundschau 1889. No. 6. [Russisch.])

Der Bericht über diese Operationen, wovon nur eine Gebärmutterentfernung tödlich endete, ist besonders darum der Aufmerksamkeit werth, weil alle Operationen in demselben Zimmer vorgenommen wurden, wo die Hebammenschülerinnen

unterrichtet und die ambulatorischen Kranken untersucht werden, und auf demselben Tische, auf welchem alle anderen Operationen ausgeführt werden.

Leider ist nicht angegeben, wie Zimmer und Tisch zum Bauchschnitt vorbereitet werden. Der Operateur und seine Gehilfen nehmen am Tage vorher ein russisches Bad und reinigen die Hände vor der Operation mit Bürste, Seife, Citronen und Sublimat (1 : 2000); sie trocknen sich an einem desinficirten Handtuch ab. Die nothwendige Wäsche wird besonders von der anderen Wäsche gewaschen, getrocknet und aufbewahrt; nach der Wäsche wird sie in Sublimatlösung (1 : 2000) getaucht. Die Instrumente werden einen Tag vorher mit Pulver geputzt, eine halbe Stunde in Wasser gekocht, mit desinficirtem Handtuch getrocknet und bedeckt, eine Stunde vor der Operation in 3%ige Karbollösung gelegt. Verband- und Nähmaterial wird ähnlich behandelt. Statt der Schwämme werden Wattetampons angewendet, der Bauch mit Seife, 2%iger Karbolsäurelösung, Sublimat (1 : 2000) und Citronen gereinigt.

Von den 9 Cystovariotomien war eine mit einer Insufficienz der Valvula mitralis komplicirt, trotzdem Chloroform; prima intentio. In Folge von heftigem Husten öffnete sich die Wunde wieder, Darm und Netz trat aus. Nach Anfrischung der Wundränder und Zurückbringen der vorgefallenen Theile neue Naht, Heilung am 23. Tage.

Ein großes Myom der Gebärmutter war mit 2 kleineren Myomen zwischen den breiten Rändern komplicirt; Ausschälung derselben, Amputation des Myom und der Gebärmutter oberhalb der Ligatur; Etagennaht. Trotz des 3 Tage andauernden Collaps prima intentio.

Zwei Exstirpationen der Gebärmutter wegen Carcinom der Scheidenportion verliefen glücklich, obgleich der eine Fall mit Insufficienz der zweizipfeligen Klappe komplicirt war. Im 2. Falle war schon nach 3 Monaten Rückfall nachzuweisen. Im 3., tödlich endenden Falle (schon bei der Operation wurde Herzschwäche bemerkt) zeigte die Sektion, dass die Gebärmutter und das linke Scheidengewölbe schon von Krebs ergriffen waren, außerdem Fettdegeneration des Herzens. Muskatleber und Exsudat in der Bauchhöhle; die Operation war also wohl nicht mehr gerechtfertigt.

Im letzten Falle, wo eines Vorfalles wegen die Gebärmutter, welche leicht reponirt werden konnte, entfernt wurde, trat nach 2 Monaten Vorfall der Scheide ein, welche durch Kolpokleisis des oberen Theiles der Scheide beseitigt wurde.

Reimann (Kiew).

16) A. Hauc (Wien). Kystolithiasis bei einer Frau; häufige, rasch auf einander folgende Recidive.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 16.)

Lithiasis bei Frauen ist an und für sich ein seltenes Vorkommnis. Die Ursache hiervon liegt hauptsächlich in der kürzeren und weiteren Urethra der Frau, durch welche relativ große Nierensteine — selbst bis zu Taubeneigröße — spontan abgehen können. Aber auch die autochthone oder kystogene Steinbildung beim weiblichen Geschlechte zählt zu den Raritäten; es entfallen ja eben die Hauptmomente für die Bildung derselben, als da sind: Hypertrophie der Prostata, bindegewebige Schrumpfung derselben, Strikturen der Harnröhre, und als sekundäre Erscheinungen: excentrische Hypertrophie der Blase und Insufficienz derselben.

Nach Oesterlen kommen auf 5497 steinkranke Männer nur 309 Frauen; Dr. Klien berichtet über 1792 Fälle von Blasenstein, unter welchen nur 4 Frauen waren. Der bekannte schwäbische Steinschneider Zett machte 106 Steinschnitte bei Männern und nur einen bei einer Frau. Winckel will bei der kolossalen Zahl von 10000 Mädchen und Frauen nur einen Blasenstein gefunden haben. Im Dresdener Krankenhause kamen bei 2500 secirten weiblichen Leichen nur 6mal Steine in der Blase vor. Nach Walter Coulson kommen auf 100 Fälle beim Manne nur 5 beim Weibe vor. Dittel hat bei der großen Zahl von über 500 Steinoperationen nur etwa 20 Fälle von Frauen gehabt; Ultzmann kann außer

dem vorliegenden nur über einen Fall berichten; eben so kennt Albert nur zwei Fälle von Kystolithiasis beim Weibe.

Der in Rede stehende Fall betrifft eine 54jährige Frau, welche von Ende April 1885 bis Januar 1889 7mal wegen Blasenstein operirt wurde, und zwar kamen Litholapaxie, einfaches Auslöffeln, der Vesicovaginalschnitt, kurz alle erdenklichen Methoden zur Anwendung; allein jedes Mal trat nach höchstens 6 Monaten Recidiv ein, und hatte sich Ende des Jahres 1888 noch putride Cystitis hinzugesellt.

Am 15. Januar 1889 dilatirte Ultzmann die Harnröhre, was sehr leicht gelingt, und entfernte mit einer flachen Steinzange ein etwa walnussgroßes Konkrement in mehreren Stücken. Die darauf folgende Digitalexploration giebt folgenden seltenen Befund: Links oben findet sich ein spitzer, unbeweglicher (fixirter) Fremdkörper, der beim Betasten den Eindruck eines kleinen zugespitzten Beinknopfes macht, und der, theilweise mit verdickter Schleimhaut überbrückt, seine Spitze dem Lumen der Harnblase zukehrt. Unter einigen Schwierigkeiten wird das in einem Divertikel festsitzende Fragment mittels Steinlöffel entfernt und erweist sich als Fragment der größeren Konkretion. Durch diesen Befund finden die häufigen Recidive und die damit zusammenhängenden Beschwerden ihre Erklärung; es ist eben bei den jeweiligen operativen Eingriffen dieses in einem kleinen Divertikel fixirte Fragment zurückgeblieben und hat immer neuerdings zu rasch entstehenden Inkrustationen Veranlassung gegeben.

Von nun an blieb die Pat. recidivfrei. **Buschman** (Wien).

17) **Vávra** (Prag). **Beiträge zum Kaiserschnitt.**

(Časopis českých lékařů 1889. No. 9. [Böhmisch.])

Nach einer allgemeinen Einleitung über den jetzigen Stand der Kaiserschnittfrage berichtet V. über 2 Fälle, von welchen der erste vom verstorbenen Prof. Streng, der zweite von ihm selbst ausgeführt wurde.

I. 29jährige Vpara mit einem das Becken bis auf einen 2 Finger breiten Spalt ausfüllenden, von der linken Beckenwand ausgehenden Sarkom, welches auch nach außen gewuchert war und am linken Gesäß einen mannskopfgroßen Tumor bildete. Kaiserschnitt nach Porro (21. September 1885) mit Vernähung des Stumpfes nach Schröder und Versenkung. Kind lebend. Tod der Mutter am 5. Tage. Bauch- und Uteruswunde gut verklebt, nirgends irgend eine Eiterung, in der Peritonealhöhle etwas blutig tingirte seröse Flüssigkeit. Der Beckentumor enthielt mehrere von schmutzig brauner, übelriechender, jauchiger Flüssigkeit erfüllte Höhlen. Von hier ist die tödliche Sepsis ausgegangen. Der Tumor war ein plexiformes Sarkom (Billroth).

II. 19jährige Primipara von 128 cm Länge mit hochgradig allgemein verengtem plattem rachitischen Becken. Maße: Sp. 24, Cr. 25, Tr. 28, D. B. 15, C. d. $8^1/_4$ cm. Kaiserschnitt nach Sänger am 14. März 1886 mit Schlauchkonstriktion. Schluss der Uteruswunde durch 13 tiefe Knopfnähte und fortlaufende Peritonealnaht, beide von Chromsäurekatgut nach Mikulicz. Kind lebend, männlichen Geschlechtes, 49 cm lang und 3040 g schwer, gesund. Normales Wochenbett. Bei der Entlassung der Mutter aus der Gebäranstalt war der Uterus mit der vorderen Bauchwand verwachsen. **Rubeška** (Prag).

Berichtigungen.

In No. 51 Jahrg. 1889 p. 903 Z. 1 v. o. lies: 3. statt 8. Tages, Z. 31 v. o. lies: befallen wird, man nicht zu viel auf eine medicinische Behandlung vertrauen soll, wodurch Mutter und Kind leicht in Gefahr gebracht werden können, sondern am besten sich jedenfalls nach dem ersten Anfalle zur Operation vorzubereiten habe. statt: befallen wird etc. Z. 36 v. o. lies: Geburt, statt: Eklampsie.

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

Herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 4. **Sonnabend, den 25. Januar.** **1890.**

Inhalt: I. **Dührssen**, Über die Heilung des Cervixrisses durch Lappenspaltung. — II. **Seidt**, Retroflektirter Uterus gravidus, Ovarialkystom vortäuschend. Laparotomie. Tod. (Original-Mittheilungen.)

1) **Blanc**, Eklampsie. — 2) **Tauffer**, Moorbäder. — 3) **Seidt**, Massage. — 4) **Widal**, Puerperale Infektion.

5) Gynäkologische Gesellschaft zu Berlin. — 6) **Bousquet**, Carcinoma uteri. — 7) **Kuthé**, Fistula entero-vesicalis. — 8) **Balls-Headley**, 7 Laparotomien. — 9) **Ruggi**, 115 Laparotomien mit Sublimat. — 10) **Dudley**, Forcipressur. — 11) **Loriot**, Manuelle Lageverbesserung. — 12) **van der Mey**, Hämatokolpos. — 13) **McNaughton**, Ausstoßung einer Unterleibsgeschwulst. — 14) **Werder**, Ruptur der Nabelschnur. — 15) **Schäffer**, Ruptura uteri. — 16) **Vincent**, Cyste der Blase. — 17) **Ellison**, Fremdkörper. — 18) **Hadra**, Prolaps.

I. Über die Heilung des Cervixrisses durch Lappenspaltung.

Von

Privatdocent Dr. **Dührssen** in Berlin.

Die Mittheilung von Kleinwächter[1] veranlasst mich dazu, auch die 3 von mir durch Lappenspaltung operirten Fälle von Cervixrissen zu veröffentlichen. Zweier dieser Fälle habe ich bereits in meinem gynäkologischen Referat für den Virchow-Hirsch'schen Jahresbericht von 1888 Erwähnung gethan. Zunächst muss ich Kleinwächter gegenüber bemerken, dass mir die Enträthselung der Sänger'schen 2 Figuren keine Schwierigkeiten gemacht. Ich habe daher in meinen 3 Fällen die Schnittführung genau nach dem Vorschlag von Sänger[2] und auch die Nahtanlegung in meinen ersten 2 Fällen so ausgeführt, wie Sänger es skizzirt hat. Allerdings wurde mir die Ausführung der kleinen Operation noch durch die kurze Mittheilung

[1] Die Übertragung des Principes der Lappenperineorrhaphie auf die Operation des Lacerationsektropiums. Zeitschr. f. Geb. XVII. Bd. 2. Hft.

[2] Einige geschichtliche und technische Bemerkungen zur Lappenperineorrhaphie. Centralbl. f. Gyn. 1888. No. 47.

von Fritsch[3] erleichtert, welcher über 4 Fälle berichtet, die er bereits vor mehreren Jahren ganz in der Weise, wie Sänger es vorschlug, mit dem besten Erfolg operirt hat.

Ich glaube, dass die Schnittführung auch ohne Abbildung leicht zu verstehen ist, wenn man einfach sagt: »Bei der Lappenspaltung am Cervix wird nur ein (bei doppelseitigem Riss natürlich zwei) Schnitt gemacht, welcher der inneren Schnittlinie bei der Emmetschen Operation entspricht.« Der Schnitt beginnt also an der vorderen Lippe, dort wo die seitliche Kommissur des zukünftigen Muttermundes gebildet werden soll, und geht an der Grenze zwischen Cervicalschleimhaut und Portioschleimhaut bis zum Risswinkel und von diesem auf den entsprechenden Punkt der hinteren Lippe über. Man führt den Schnitt ungefähr $^1/_2$ cm tief. Durch das Auseinanderweichen — resp. Ziehen der Wundränder entsteht eine Wundfläche, deren obere Hälfte genau wie bei der Emmet'schen Operation und durch dieselbe Art der Nahtanlegung mit der unteren vereinigt wird (s. Fig. 1).

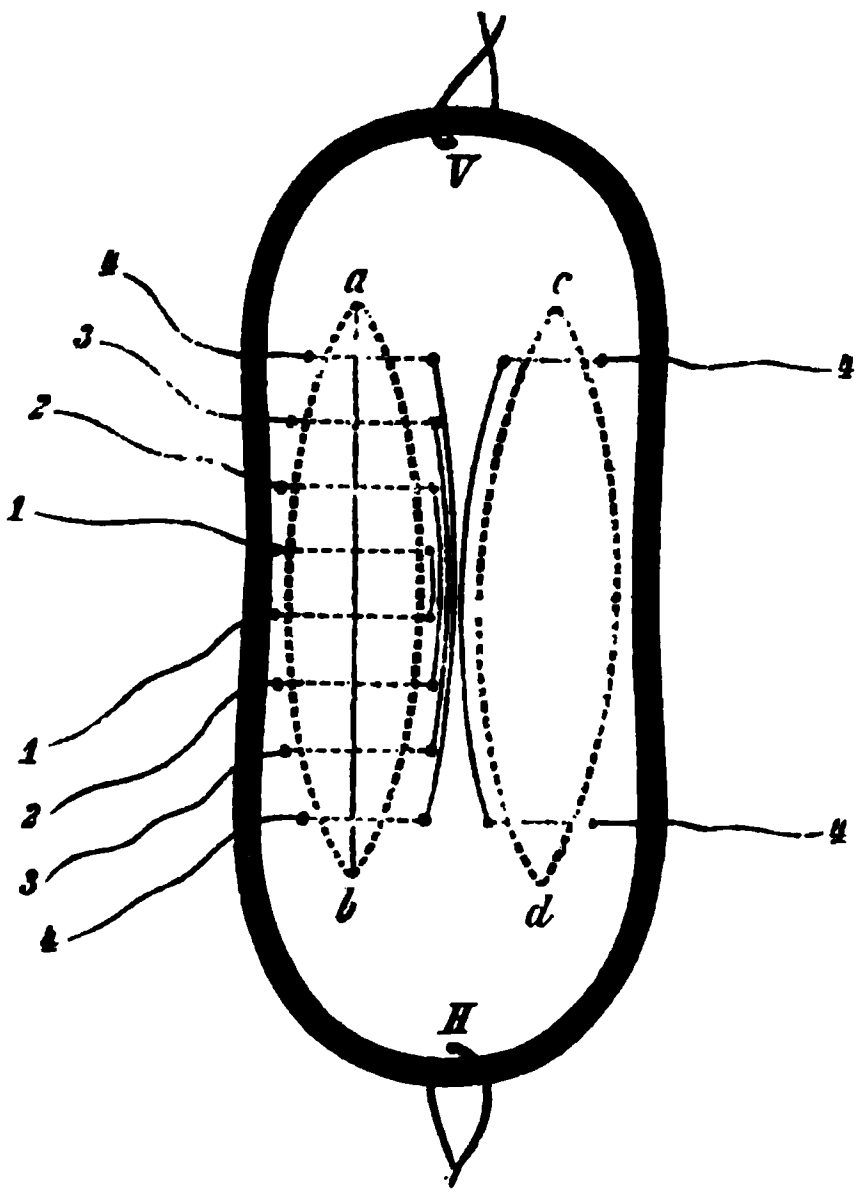


Fig. 1. Doppelseitiger Cervixriss. Lippen stark aus einander gezogen. *V* = vordere, *H* = hintere Lippe. *a b* der rechts angelegte Schnitt. Die punktirten Linien bezeichnen die auf beiden Seiten durch das Auseinanderweichen der Wundränder entstandenen Wundflächen. Bei *a b* Nahtanlegung nach dem Sänger'schen Vorschlag, bei *c d*, wo der Deutlichkeit halber nur ein Faden gelegt ist, dieselbe Naht mit Ausstechen in der Wunde selbst.

Allerdings ist die in dieser Weise nach dem Sänger'schen Vorschlag ausgeführte Naht bei dieser Operationsmethode etwas schwieriger, als bei der Emmet'schen, weil die Wundfläche, unter welcher die Nadel durchgeführt wird, keine einfache Ebene ist, sondern aus zwei sich unter spitzem Winkel schneidenden Ebenen besteht (Fig. 2).

Will man die Nadel nach der Spaltung unter der ganzen Wundfläche durchführen, so kommt man leicht in die Gefahr, auf dem einen oder anderen Wundrande die Nadel zu weit auszustechen. Hierdurch wird die Adaption schwieriger. Allerdings lässt sich die Nadel dicht am Wundrand ein- und ausstechen, wenn man die Nadel zunächst in der Tiefe der Wunde aussticht, um sie dicht daneben wieder einzuführen (s. Fig. 1 bei *cd*). Diese Art der Nahtanlegung ist etwas umständlich und erfordert eine sachverständige Assistenz,

[3] Über plastische Operationen in der Scheide. Centralbl. f. Gyn. 1888. No. 45.

welche mit 2 Hakenpincetten die beiden inneren Lappen (Fig. 2, *efg* und *hik*) nach innen drückt, so dass die Tiefe der Wunde gut sichtbar wird. Dasselbe Manöver muss in sehr exakter Weise bei der Knüpfung der Nähte geschehen, weil sich sonst die an einander zu legenden Wundflächen nicht ordentlich entfalten.

Einfacher auszuführen ist daher die Methode von Fritsch, welcher abwechselnd nach innen und außen Suturen legt. Hierbei ist aber die Entfernung der inneren Nähte schwer und nur so möglich, dass man sie nach einiger Zeit herauszieht.

Noch einfacher ist das Verfahren, welches ich bei meinem dritten Fall zur Anwendung brachte. Ich stach nämlich eine mit Silkworm armirte Nadel bei *c* (Fig. 3) ein, stach sie bei *e* aus und dicht daneben wieder ein, führte sie unter der Wundfläche der hinteren Lippe durch und kam bei *d* wieder heraus. Bei Knüpfung dieser

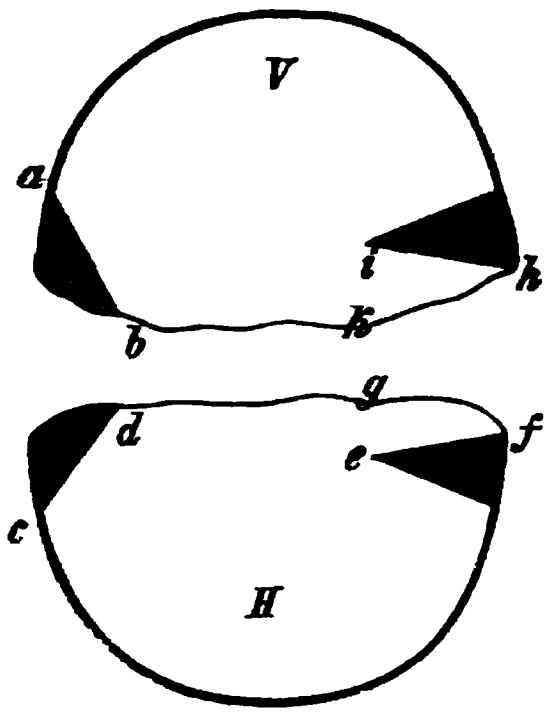


Fig. 2 stellt mit Benutzung der Sänger'schen Abbildung auf einem Frontalschnitt durch die in situ befindliche vordere und hintere Lippe bei *ab* und *cd* die Emmet'sche Anfrischung dar. Das schraffirte Stück fällt bei derselben weg. Auf der anderen Seite der einfache Schnitt der neuen Methode.

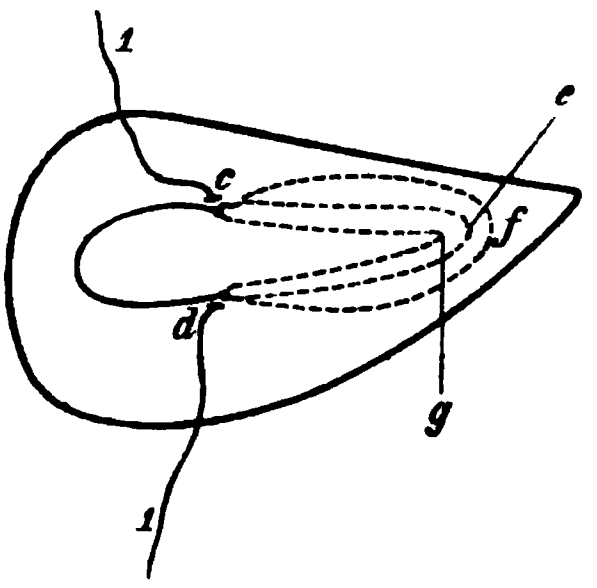


Fig. 3. Linksseitiger Cervixriss. Die punktirten Linien *cfd* und *cgd* stellen die durch Retraktion der Wundränder entstandene Wundfläche dar. 1 = Ligatur.

Naht entfalteten sich ohne weiteres Auseinanderziehen der Lappen die obere und untere Wundfläche so vollständig, dass *cg* (Fig. 3) an *gd* und *cf* dicht an *fd* lag. Der Sicherheit halber legte ich noch außen auf der Strecke *cf* resp. *fd* eine oberflächliche Ligatur an. Nothwendig war dieselbe nicht.

Wenn man sich vergegenwärtigt, dass man bei dieser Art der Wundvereinigung eine Wunde vor sich hat, die allerdings tief ist — ihre Tiefe entspricht der Länge des Cervixrisses —, die aber nur 1 cm lang ist — ihre Länge beträgt das Doppelte der Tiefe des Schnittes resp. der Höhe des einzelnen Lappens —, so genügt, auch vom theoretischen Standpunkt aus betrachtet, diese eine Naht vollkommen für eine exakte Wundvereinigung. Der Unterschied zwischen den anderen Nahtmethoden und der meinigen besteht also darin, dass,

was bei den anderen die Länge der Wunde darstellt, bei der meinigen zur Tiefe wird, und umgekehrt.

Die Vortheile dieses Verfahrens sind:

1) Seine Einfachheit.

Der Operateur braucht daher keine sachverständige Assistenz, außer für die Narkose.

2) Die Schnelligkeit der Ausführung.

3) Die Verlegung der Ein- und Ausstichöffnung auf die Portioschleimhaut.

Der letzte Punkt scheint mir eben so wesentlich, wie die Vermeidung der Rectalschleimhaut bei der Perineoplastik (s. Lauenstein, Centralbl. f. Gyn. 1886 No. 4 u. Fritsch, ibid. 1887 No. 30). Noch sind die Akten über die Pathogenität oder Nichtpathogenität der im Cervicalkanal stets vorkommenden Mikroorganismen nicht geschlossen. Vorsichtiger ist es daher gewiss, den Cervicalkanal bei der Vernähung aus dem Spiel zu lassen, um keine Eiterung in den Stichkanälen zu bekommen.

In meinem letzten Fall führte ich in den Uterus einen Jodoformgazestreifen ein, versah also auch vom Cervicalkanal aus die Wunde mit einem antiseptischen Verband. Der Streifen wurde zur Vagina herausgeführt und leitete das Uterus- und Cervixsekret rasch nach außen, während ein zweiter Streifen die Vagina austamponirte.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich darauf aufmerksam machen, in welcher Weise man meiner Ansicht nach die Jodoformgaze in der Vagina am längsten antiseptisch erhält. Die abfließenden Sekrete enthalten sicher so wenig Jodoform resp. Spaltungsprodukte desselben, dass sie, in der Umgebung der äußeren Geschlechtstheile stagnirend, einen günstigen Nährboden für Mikroorganismen darstellen. Eine an der Vulva eingeleitete Zersetzung resp. Entwicklung von Keimen pflanzt sich aber vermittels des kontinuirlichen Sekretstromes in die Scheide hinein fort. Die in der Scheide befindliche Gaze muss also auch noch die von unten her eingedrungenen Keime unschädlich machen. Naturgemäß wird die antiseptische Wirkung der Jodoformgaze hierdurch früher aufhören, als wenn man das geschilderte Eindringen der Keime von außen her unmöglich macht. Dies geschieht durch öfters gewechselte Sublimatumschläge auf die Vulva (1 : 2000 cf. Fritsch, Lehrb. der Frauenkrankheiten 1886. p. 123), welche das außen sich ansammelnde Sekret vor Zersetzung bewahren. Damit das Sublimat nicht in die Jodoformgaze einziehe, darf das Ende des Streifens nicht bis zur Vulva herabreichen.

Ich glaube, dass man bei dieser Modifikation, welche ich in Fall 3 anwandte, die Jodoformgaze, auch wenn Wunden an der Portio oder in der Scheide vorhanden sind, 8 Tage und länger noch liegen lassen kann, ohne dass die Gaze ihre antiseptische Kraft gänzlich verliert. Dies nur nebenbei.

Die Kleinwächter'sche Nahtmethode laborirt meiner Ansicht

nach an dem Fehler, dass die Naht nur die halbe Tiefe der Wunde umfasst. Der Fehler scheint mir analog einem Verfahren bei der Lappendammspaltung, bei welchem man den Scheidenlappen gänzlich ohne Nähte lassen wollte.

Ich kann auf Grund meiner Beobachtungen Fritsch nur durchaus beistimmen, wenn er sagt, dass diese neue Operation keine abnorm schlanke fingerartige Portio schafft, wie sie manchmal bei der Emmet'schen Operation entsteht, und welche der Gefahr ausgesetzt ist, von einem zweiten Operateur als Col tapiroid abgeschnitten zu werden. Es entsteht durch die Lappenspaltung und Vernähung eine Portio, die der normalen Portio einer Mehrgebärenden entspricht. Sie ist unten eben so breit oder noch breiter, wie oben am Scheidenansatz, und besitzt einen Muttermund, welcher eine breite Querspalte darstellt.

Als einen weiteren Vortheil dieser neuen, von Fritsch zuerst ausgeführten Operation möchte ich noch den Umstand hervorheben, dass durch die Art der Schnittführung auch die Abtrennung der vom Riss ins Parametrium resp. ins Scheidengewölbe ausstrahlenden Narbenzüge bewirkt wird. Eine besondere, ins Scheidengewölbe und Parametrium gelegte Umschneidung des Risswinkels, wie sie A. Martin[4] bei der Emmet'schen Operation vornimmt, ist also bei dieser neuen Operation überflüssig.

Bezüglich der Indikation für die Vernähung alter Cervixrisse vertrete ich voll und ganz die Ansicht meines hochverehrten Chefs, des Herrn Geh.-R. Prof. Dr. Gusserow, dass es rationeller ist, die normale Form der Portio durch die Vernähung des Risses wieder herzustellen, als durch eine keilförmige Excision bezw. Amputation der Portio dieselbe doch mehr oder weniger zu verstümmeln. Die Cervixkatarrhe lassen sich auch ohne Excision eines Theils der erkrankten Cervikalschleimhaut dadurch heilen, dass man die oft daneben bestehende Erkrankung der Corpusschleimhaut durch Curettement resp. durch Curettement und nachfolgende Ätzungen mit Jodtinktur oder Chlorzink beseitigt.

Meine Fälle sind folgende:

1) Frau Sch., multip., Endometritis, rechtsseitiger, bis zum Ansatz der Scheide reichender Cervixriss. Die Beschwerden datiren seit der letzten Geburt, bei welcher die Entbindung bei mangelhaft erweitertem Muttermund vorgenommen war.

12. December 1888. Curettement, Lappenspaltung, Naht nach Emmet. Nahtmaterial: Seide.

28. Januar 1889. Letzter Faden entfernt, Riss in toto geheilt. Pat. sieht jetzt blühend aus und hat keine Beschwerden mehr.

2) Frau P. Bei der ersten und einzigen Geburt am 17. Januar 1888 Forceps nach Vornahme tiefer Cervix- und oberflächlicher Introitusincisionen. Wegen ihrer Kleinheit wurden die letzteren nicht vernäht.

Am 19. Juli 1889 sucht Frau P. mich auf. Sie klagt über Ausfluss und Schmerzen in der linken Seite. Die Vulva klafft, Scheidenschleimhaut ist stark

---

[4] Path. u. Ther. der Frauenkrankheiten 1887. p. 351, u. Czempin, Z. f. Geb. Bd. XII.

geröthet, die linksseitige Incision ist gar nicht geheilt, der Riss reicht bis zum Ansatz der Scheide und setzt sich mit einer Narbe ins Parametrium fort. Die rechtsseitige Incision ist größtentheils verheilt.

Curettement, linksseitiger Riss wird durch Lappenspaltung und Vernähung nach Emmet behandelt, rechts Emmet'sche Operation, weil ich hier befürchtete, dass wegen ihrer Kleinheit die Lappen nicht genügend verschieblich werden würden. Sodann Lappendammspaltung und Vernähung nach Sänger. Nahtmaterial: An der Portio Seide, am Damm Draht.

19. August. Glatte Heilung sowohl an der Portio als auch am Damm. Lokale Beschwerden völlig geschwunden, es besteht noch ein gewisser Grad von Anämie.

3) Frau Dr. H. Juli 1889 erster Partus. Seitdem starker, theils eitriger, theils glasiger Ausfluss und verstärkte Menstruation. Uterus anteflektirt, vergrößert, schlaff, secernirt stark. Linksseitiger, beinahe bis zum Scheidengewölbe reichender Cervixriss, Ectropion.

3. November 1889. Lappenspaltung, Vereinigung durch eine tiefe und eine oberflächliche Silkwormligatur, Curettement, Jodinjektion, Einlegen eines Jodoformgazestreifens in den Uterus, eines zweiten in die Scheide.

4. November. Entfernung der Streifen, Einführung eines neuen in die Scheide. Sublimatumschläge auf die Vulva (1 : 2000). Entfernung der Gaze nach 3 Tagen.

22. November. Entfernung der Fäden, Riss völlig geheilt. Die Menstruation war bedeutend schwächer. Eine noch bestehende geringe Sekretion aus dem Uterus wird durch 2 weitere Jodinjektionen beseitigt. Die geröthete Scheide liefert dagegen noch sehr reichliches eiterähnliches Sekret.

7. December. Der Schultze'sche Probetampon zeigt das Fehlen jeder Uterussekretion. Der Scheidenkatarrh ist durch Eingießung von Holzessig geheilt.

II. Retroflektirter Uterus gravidus, Ovarialkystom vortäuschend. Laparotomie. Tod.

Von

H. J. Boldt (New York).

Im Anschluss an einen Aufsatz von Vanderveer im Amer. journ. of obstetr. Vol. XXII, No. 11, betitelt: »Verborgene Schwangerschaft; deren Verhältnisse zur Abdominalchirurgie«, erlaube ich mir folgenden Fall zu den vom genannten Autor gesammelten 68 Fällen zu veröffentlichen.

Eine 47jährige verheirathete Nullipara giebt an, vor zwei Jahren ihre letzte Regel gehabt zu haben. Seit zwei Monaten klagt Pat. über heftige Schmerzen im Becken, Kreuz und Lenden, Obstipatio und Appetitlosigkeit. Harnbeschwerden sind nicht vorhanden. Während dieser Zeit ist die Frau sehr heruntergekommen und hat zur Zeit ein kachektisches Aussehen. Die Schmerzen sind anhaltend und mitunter von großer Heftigkeit. Von zwei anderen Kollegen wurde die Diagnose Eierstockstumor gestellt und der Betreffenden gerathen, sich an mich behufs Operation zu wenden. Die Untersuchung ergab einen sehr druckempfindlichen Tumor im Douglas'schen Raum von der Größe einer kleinen Kokosnuss. Der Uterus schien nach vorn gedrängt und von normaler Größe zu sein. In Anbetracht des Gesammtzustandes, der Krankengeschichte, so wie der schon gestellten Diagnose von anderer Seite machte ich die Untersuchung nicht mit der Genauigkeit, wie ich es sonst zu thun gewöhnt bin, sondern schloss mich ohne Weiteres der schon ausgesprochenen Ansicht an, mit dem Zusatz, dass die Wandungen des Tumors akut entzündet seien. Auf frühere Erfahrungen gestützt, vermuthete ich Eiterung des Inhalts in Folge der Perimetritis, besonders da angegeben wurde, dass die Kranke häufig Hitzegefühl, viel Durst habe und mitunter auch friere.

Bei der im Juli 1889 gemachten Laparotomie stellte es sich heraus, dass der im Douglas befindliche Tumor der incarcerirte vergrößerte Uterus war, welchen

ich auch leider, dem Rathe eines dabeistehenden Kollegen folgend, incidirte, weil wir es uns nicht vorstellen konnten, dass wir es mit einer Gravidität zu thun hatten. Es wurde ein 2monatlicher Embryo entwickelt. Die sehr profuse Blutung stand nach Anlegung der Naht nicht, in Folge dessen die Exstirpation gemacht wurde. Exitus am 3. Tage an Peritonitis.

Der Fall beweist abermals, dass man die Schwangerschaft niemals ausschließen darf, so lange man dieselbe durch genaue Untersuchung nicht auszuschließen vermag. Diese Diagnose wäre hier höchst wahrscheinlich gemacht worden, wenn alle Punkte der Differentialdiagnose, denen ich nichts Neues zusetzen kann, im Auge behalten worden wären. Das, was bei der Untersuchung als Corpus uteri imponirte, war der hypertrophirte Cervix.

---

1) **E. Blanc** (Lyon). Die pathogene Wirkung einer Mikrobe, welche im Urin Eklamptischer gefunden worden ist.

(Arch. de tocol. 1889; cf. Lyon méd. 1889. September.)

Angeregt durch die Beobachtung Doléris', dass im eiweißhaltigen Urin von Schwangeren gewisse Mikroorganismen vorkommen, untersuchte Verf. daraufhin den Urin von eklamptischen Frauen und fand auch denselben voll Mikrokokken, während er im Blute derselben Frauen keine fand.

Den aus dem Urin einer Schwangeren im 8. Monat, welche in der geburtshilflichen Klinik zu Lyon mehrere ausgesprochene eklamptische Anfälle durchmachte, gewonnenen Mikrococcus (Bacillus) hat B. genau auf alle dessen Eigenschaften geprüft. Das Ergebnis dieser Untersuchungen muss im Original nachgelesen werden. Eine Abbildung von dem gedachten Bacillus ist beigegeben.

Nicht allein in den ersten Tagen nach den Anfällen, sondern auch 12 und 14 Tage später wurden noch aus dem erwähnten Urin Kulturen auf Gelatine erzeugt.

Im Urin von Frauen, welche nicht an Albuminurie litten, fand B. bis dahin keine Mikrokokken, wenigstens nicht von denselben Eigenthümlichkeiten, wie desjenigen von ihm beobachteten Bacillus.

Mit den Reinkulturen hat B. vielfache Versuche an verschiedenen Thieren angestellt und erzeugte sowohl an trächtigen, wie auch an nicht trächtigen Individuen eklampsieähnliche Anfälle; auch trat Albuminurie ein, welche anscheinend auf einer epithelialen Nephritis beruhte. Das Nähere über den mikroskopischen Befund der Nieren von den Versuchsthieren, so wie über die Versuche, welche ausführlich berichtet werden, muss im Original nachgelesen werden.

B. fasst seine Ergebnisse in folgenden Sätzen zusammen:

Im Urin Eklamptischer kommt nach seinen Beobachtungen eine Mikrobe vor, deren pathogene Wirkung folgende Zustände hervorruft:

1) Allgemeine Krämpfe. Beim Kaninchen folgt der Tod kurz nach dem Auftreten dieser Krämpfe. Schwangerschaft ist bei diesen Thieren ein prädisponirendes Moment.

2) Entzündliche Schwellung an den Injektionsstellen, welche bei denjenigen Thieren auftritt, die den anfänglichen schweren Erkrankungen Widerstand leisten, und welche alsbald in Gangrän übergeht. Tritt Heilung ein, so sind die Thiere bis zu einem gewissen Grade immun.

3) Miliare Abscesse, Phlebitis, Temperatursteigerung.

4) Nierenerkrankungen von wechselnder Schwere und Albuminurie.

W. Nagel (Berlin).

---

2) **E. Tauffer** (Buziás). Über Moorbäder.

(Orvosi Hetilap 1889. No. 21.)

Verf. theilt die vorzüglichen Resultate mit, die er mittels der Buziáser Moorbäder bei Gebärmutterblutungen, Entzündungen des Uterus und der Nachbarorgane und bei Chlorose erzielt hat. (Buziás ist ein schön gelegener Kurort mit eisenhaltigen Sauerbrunnen und Moorlager im Temeser Komitat in Ungarn.) T. verordnet 3—4, höchstens 5 kg Moorerde auf ein Vollbad; die Temperatur darf höchstens 28° R., aber meist weniger, betragen. Dauer 15—20—30 Minuten; soll abwechselnd mit Mineralbädern gebraucht werden, da sonst leicht eine zu große Entkräftung, so wie Ekzeme auftreten können.

Temesváry (Budapest).

---

3) **H. J. Boldt** (New York). Die Massage in der Gynäkologie.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. Juni.)

B. beschreibt die verschiedenen Methoden und theilt seine eigenen Erfahrungen mit. Stimmt mit Schauta darin überein, dass, um die Massage gründlich zu erlernen, es nöthig ist, dieselbe bei Brandt oder einem seiner Schüler zu studiren.

Engelmann (Kreuznach).

---

4) **F. Widal.** Über die puerperale Infektion, die Phlegmasia alba dolens, das Erysipel.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1889.

W. sieht in dem Streptococcus pyogenes den alleinigen Infektionsträger des Puerperalfiebers; in der zerfallenden Uterusschleimhaut und den Uterusgefäßen die hauptsächlichste, wenn auch nicht einzigste Eingangspforte desselben. Die Uterusschleimhaut soll nur ihn, nicht andere in der Gebärmutterhöhle abnormer Weise befindliche Mikroben passiren lassen. Er kann in verschiedenen Geweben Eiterherde, zur selben Zeit Infiltrationen gewisser Organe hervorbringen, ohne hier Eiterung zu veranlassen. Er ist also nicht immer pyogen. Bei von ihm ausgehenden lokalisirt erscheinenden Infektionen kann es sich manchmal, wie die bakteriologische Untersuchung beweist, bereits um eine Allgemeininfektion des ganzen Organes handeln. Die uterinen Lymphgefäße sind der gewöhnliche Weg, auf

welchem die Streptokokken von der Uterusschleimhaut zum Peritoneum gelangen. In selteneren Fällen dringen sie durch die Tuben dorthin. Die durch sie erzeugte Peritonitis kann eine rein fibrinöse bleiben. Ist sie fibrinös-eitrig, so vermögen die fibrinösen Membranen den Eiter abzukapseln und so eine Heilung herbeizuführen. Auch bei den schwersten puerperalen Peritonitiden soll man eine Behandlung mit großen Opiumdosen bei gleichzeitiger Verabreichung von Naphthol (2,5 pro die), um die Zersetzungsvorgänge im Darm zu verhindern (Bouchard), nicht unversucht lassen.

Bei der pyämischen Form des Puerperalfiebers fand W. verschiedene Male in den Eiterherden neben dem Streptococcus pyogenes andere Kokken (Strept. aureus, albus). Er bestreitet aber, dass auch diese als Infektionsträger, als Eitererreger anzusehen seien, da er in den ganz frischen Herden, so wie dort, wo die Eiterbildung erst begann, nur den Streptococcus pyogenes nachweisen konnte. Im Gegensatz zu der sonst gültigen Ansicht führt er bei der Pyämie die Abscessbildungen in anderen Organen nicht auf Embolien durch aus den uterinen oder periuterinen Venen fortgespülte Pfröpfe zurück, sondern lässt sie durch die im Blut cirkulirenden Mikroben entstehen. Wird die eitrige Infektion chronisch, so verschwinden die letzteren aus dem Blut, wie aus den Organen; sie finden sich nur noch in den Abscessen. Die anfänglich allgemeine Infektion ist zu einer lokalen geworden.

Eine diphtheritische Form des Puerperalfiebers erkennt W. nicht an. Die als diphtheritisch angesprochenen Beläge haben mit Diphtheritis nichts zu thun; sie danken ihre Entstehung eben so wie der Eiter dem Streptococcus pyogenes. Er ist auch der Krankheitserreger bei jenen Kindbettfieberfällen, bei welchen es weder zur Bildung von Eiter, noch der fibrinösen Niederschläge kommt.

Die Phlegmasia alba dolens hält W. stets für die Folge einer Infektion und zwar gleichfalls durch Streptococcus pyogenes, welcher sich auf dem Endothelium der Vene festsetzt, zu einer Entzündung ihrer Wand und hierdurch zur Thrombose führt. Verf. schließt mit einer Erörterung der Frage des Zusammenhanges des Puerperalfiebers mit dem Erysipel. Er vertritt die Ansicht, dass beide durch denselben Streptococcus erzeugt werden können. Es gelang ihm, bei Kaninchen durch Impfung mit an Puerperalfieber Verstorbenen entnommenen Streptokokken Erysipel hervorzubringen.

W. fügt seiner sehr fleißigen und wichtigen Arbeit einen ausführlichen Bericht über seine mikroskopischen und kulturellen Untersuchungen der von Puerperalfieberkranken bezw. an dieser Krankheit Verstorbenen herrührenden Organe, Flüssigkeiten, Mikroben, so wie der mit letzteren angestellten Impfversuche an.

Graefe (Halle a/S.).

Kasuistik.

5) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 13. December 1889.

Vorsitzender: Herr Olshausen; Schriftführer: A. Martin.

Der Vorsitzende theilt mit, dass Herr Hans Kauffmann Berlin verlassen hat und aus der Gesellschaft ausgeschieden ist.

Die königl. Frauenklinik in Dresden hat am 5. December ihr 75jähriges Stiftungsfest gefeiert. Die Einladung zur Theilnahme ist dem Vorsitzenden leider zu spät zugegangen, so dass eine weitere Begrüßung unthunlich war. Es wurde daher ein Glückwunschschreiben an den Direktor der Anstalt, Herrn Ober-Medicinalrath Leopold, abgesandt.

Die Überreichung der Diplome muss wegen eines unerwarteten Hindernisses verschoben werden.

Der Vorstand beantragt, der Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie des X. internationalen medicinischen Kongresses eine Festschrift zu überreichen. Die Gesellschaft stimmt dem zu; es wird beschlossen, den Antrag, für diesen Zweck die nöthigen Mittel aus den disponiblen Geldern des Jubiläumfonds zu entnehmen, auf die Tagesordnung der nächsten Sitzung zu stellen. Ferner sollen die Erklärungen über die Theilnahme an dieser Festschrift bis zur nächsten Sitzung bei dem Vorstand abgegeben werden, dieser selbst soll entsprechend den mit Herrn Enke gepflogenen Verhandlungen das Weitere veranlassen.

I. Demonstration von Präparaten.

1) Herr J. Veit: Ein Fall von Ovarialabscess, den ich vor einigen Tagen operirte, scheint mir nach einigen Richtungen hin bemerkenswerth. Derselbe stammt von einer elenden Frau aus niedersten Schichten der Bevölkerung, welche im August d. J. einen kriminellen Abortus durchgemacht hat. An denselben schloss sich eine fieberhafte Erkrankung unter dem Bilde einer linksseitigen Parametritis, welche bis Anfang Oktober zur Heilung gelangte, d. h. Pat. hatte keinerlei Symptome mehr, die linken Anhänge waren allerdings verändert, die Tube dick und nach dem abdominalen Ende zu kolbig, das Ovarium wohl etwas vergrößert. Vor 3 Wochen erkrankte die Pat. angeblich in Folge von schwerer Arbeit bei den Menses von Neuem fieberhaft, kam sehr herunter und ich hielt die Entfernung des linksseitigen Tumors, der mir auf eine Erkrankung der Tube hinzuweisen schien, für indicirt. Der Mann widersetzte sich dem Vorschlag, so dass ich die nächsten Wochen Gelegenheit hatte, den allmählichen Verfall der Pat. zu beobachten. Dieselbe hatte unregelmäßiges Fieber mit mehrfachem Frösteln, die Temperatur war zeitweise über 40° C. mit starken Sprüngen, der Puls stieg langsam in die Höhe. Am 6. December begann Ikterus der Haut und der sichtbaren Schleimhäute, ikterische Veränderung des Urins, aber keine Entfärbung der Fäces. Diese Erscheinung nahm zu und unter diesem Krankheitsbild, das ich als septischen Ikterus, ausgehend von der Erkrankung der linken Anhänge, deuten musste, machte ich (nachdem der Mann nunmehr darum gebeten hatte) am 10. December die Laparotomie. Ich fand die Darmschlingen unter einander ziemlich fest verklebt, fand zwischen ihnen im Douglas'schen Raum sehr geringe Mengen Eiter, dessen Kultur kein sicheres Resultat ergeben hat und löste ohne Eröffnung die linke Tube und Ovarium aus. Die Abbindung dieser wie der anderen Anhänge war einfach. Keine »Toilette« des Peritoneum. Der Verlauf nach der Operation war zwar nicht ganz ungestört, Pat. hat Temperatursteigerungen bis 38,5 gehabt und der Puls ist nur langsam gesunken. Aber heute (4. Tag) ist Pat. fieberfrei; der Ikterus beginnt abzublassen.

Das Bemerkenswerthe ist nun, dass der mit allen bakteriologischen Vorsichtsmaßregeln eröffnete größere Tumor sich als Ovarialabscess ergab, sein Inhalt war stinkender Eiter, die Kulturen aus ihm zeigten den Streptococcus.

(Pat. ist übrigens genesen, wenn auch mit Eiterung der Bauchwunde.)

2) Herr Olshausen demonstrirt ein wohlgediehenes Kind, welches er am 1. November 1888 aus einer rechtsseitigen Tubarschwangerschaft entwickelt hat. Die Mutter ist am 17. November 1889 wiederum an der Berstung einer Tubenschwangerschaft in der linken Tube erkrankt und von Herrn Olshausen desswegen laparotomirt worden. Das Ei saß mit geborstener Decidua im Fimbrientheil der Tube. Die Schwangerschaft entsprach der 5. Woche. Die Frau ist in voller Genesung, zur Heimreise bereit.

3) Herr Glöckner demonstrirt einen Fötus aus dem 4. Monat, an welchem er Respirationsbewegungen beobachtete und dann Lungen und Magen auf Luftgehalt prüfte (vgl. Centralbl. f. Gynäk. 1890 No. 2).

4) A. Martin demonstrirt zunächst eine Hydronephrose. Sie gehört einem 22jährigen Frauenzimmer an, welches schon seit einer Reihe von Jahren über sehr lästige Beschwerden von einer rechtsseitigen Wanderniere geklagt hatte. Sie hatte diese Beschwerden immerhin ertragen, bis sie schwanger wurde. Im Verlauf der Schwangerschaft ist die Geschwulst sehr rasch gewachsen und wurde so groß, dass sie mit ihrer unteren Peripherie den Beckeneingang erreichte, als jetzt auch der Uterus aus der Beckenenge zu steigen begann. Die rapide Entwicklung der Geschwulst and die unverkennbare Behinderung, die dadurch für das normale Wachsen des Uterus gesetzt wurde, veranlassten die Entfernung der Geschwulst, die als Tumor der Niere leicht erkennbar war. Die Operation war nicht absonderlich schwierig. Schnitt halb oberhalb, halb unterhalb des Nabels, das Colon konnte sofort nach Spaltung der über die Geschwulst an der Kante hinziehenden Peritonealblätter zur Seite geschoben werden. Es war leicht, die Kapsel freizulegen. Jetzt präsentirte sich sofort oben auf der Geschwulst am unteren Ende der schmalen nach unten gerichteten Eispitze der Ureter. Spaltung der Kapsel, Unterbindung der Gefäße des Nierenbeckens. Die Operation war verhältnismäßig in kurzer Frist beendet, als bei einem Nachlass der Narkose Pat. plötzlich heftige Brechbewegungen machte, eine Masse von Därmen hervorstürzte und eine Ligatur an dem Nierenbecken, die aus Versehen festgehalten wurde, sich löste. Immerhin gelang die Versorgung ohne großen Blutverlust. Die Pat. machte eine normale Rekonvalescenz durch, und es ist bemerkenswerth, wie rasch sich die Harnmenge, die aus der einen gesunden Niere kam, gehoben hat. Pat. hat an dem ersten Tage 540 ccm Urin entleert mit mäßigem Eiweißgehalt, am zweiten Tage 760 mit mehr Eiweiß. Jetzt ist die Menge auf mehr als 1000 g gestiegen und eiweißfrei. Die Geschwulst war beinahe 2faustgroß. Der Ureter lag fest auf der oberen Seite und erschien an seiner Insertionsstelle selbst abgeknickt. So mag wohl die Stauung im Nierenbecken bei gelegentlicher Dislokation der Wanderniere zur Entwicklung der Hydronephrose geführt haben.

Weiter legt A. Martin ein Corpus uteri mit dem darin liegenden 4monatlichen Ei im Gefrierschnitt vor. Die betreffende Pat. war ein Jahr zuvor von anderer Seite laparotomirt worden. Jetzt hatte sich unter unserer Behandlung sehr schnell ein Tumor entwickelt, der von Faustgröße bis zur Ausdehnung des vollen 7. Monats in 6 Wochen etwa gediehen war. Gravidität war sehr wahrscheinlich. Dabei lag aber ein so schnell wachsender Tumor links in innigstem Konnex mit dem Corpus und ragte neben dem Corpus so tief in das Becken hinein, dass eine Verlegung des Geburtsweges durch die Geschwulst schon jetzt gegeben war. Laparotomie. Enucleation der im Lig. lat. sinistr. sitzenden cystischen Geschwulst. Die tiefen Muskelschichten des Uteruskörpers sind in so großer Ausdehnung dabei wund geworden, dass eine Erhaltung der Schwangerschaft unmöglich ist. Exstirpatio uteri von oben. Heilung ohne Störung. Auf dem Durchschnitt erscheint die Placenta durch einen wandständigen retroplacentaren Bluterguss zum Theil abgehoben, dessen Entstehung zeitlich natürlich fraglich bleibt.

Als Analogon legt A. Martin sodann noch einen Corpus uteri mit einem darin liegenden 4monatlichen Ei vor, welches er im Frühjahr wegen der das untere Uterinsegment einnehmenden Myome mit diesen zugleich abgetragen hat. (Vgl. Naturforscherversammlung Heidelberg 1889.)

II. Herr Brosin hält den angekündigten Vortrag: Über das untere Uterinsegment beim Abortus.

(Vgl. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. XVIII.)

Diskussion: Herr Olshausen bestätigt die Beobachtungen des Vortr. und bemerkt, dass gewiss schon vordem die Entfaltung des unteren Uterinsegmentes beobachtet worden, dass man aber diesem Befunde wohl nicht die Deutung gegeben, welche Herr Brosin gewiss mit Recht jetzt aufstellt.

Herr Veit: Neben der mir sehr angenehmen Bestätigung meiner Angaben durch den Herrn Vortr. scheint mir das Wesentlichste darin zu liegen, dass erneut der Nachweis der Existenz des unteren Uterinsegmentes auch zu früherer Zeit geliefert ist; dies ist eine weitere Bestätigung der Anschauungen, welche von Benckiser und Hofmeier begründet sind und desshalb begrüße ich die Untersuchungen des Herrn Vortr. mit Freude.

---

6) Bousquet. Carcinoma uteri. Schwangerschaft; Ruptura uteri. Tod.

(L'abeille méd. 1889. No. 31.)

Bei einer 35jährigen am Ende der Schwangerschaft befindlichen XIgravida hatten sich seit 3 Tagen Wehen eingestellt. Die hochstehende Portio war klein, vollständig geschlossen, von auffallender Härte. Erst nach 16 weiteren Tagen fing der Cervicalkanal in Folge anhaltender Wehen an sich auf Dreimarkstückgröße zu erweitern. Von da ab blieb trotz heftigster Wehenthätigkeit jeder Fortschritt der Geburt aus. B. machte in Folge dessen mit dem geknöpften Messer 4 Incisionen in den Muttermund, sprengte die Blase, wobei sich Epidermisfetzen und stinkendes Fruchtwasser entleerte, und extrahirte das abgestorbene Kind. Die Nachgeburt folgte leicht. Trotzdem profuse Blutung, welche auch auf Gaze hin und Heißwasserinjektion nicht stand. Nach Einführung der Hand in den Uterus entdeckte B., dass die ganze Innenfläche mit zahlreichen Krebsknoten bedeckt war, außerdem einen perforirenden Querriss im unteren Uterinsegment. Pat. starb nach 2 Stunden.

Der Fall ist dadurch höchst interessant, dass trotz der hochgradigen, carcinomatösen Erkrankung des ganzen Uteruskörpers — B. datirt sie 2 Jahre zurück, da damals heftige Unterleibsbeschwerden auftraten — doch Schwangerschaft eintreten bezw. bis zum normalen Ende fortdauern konnte. Leider scheint das Präparat einer genaueren makro- und mikroskopischen Untersuchung nicht unterworfen worden zu sein. **Graefe** (Halle a/S.).

7) F. Ph. Kuthé (Tiel). Fistula entero-vesicalis und fistula entero-tubaria.

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1889. No. 21.)

Nur der 2. Fall ist für den Gynäkologen von Interesse, während die Fistula entero-vesicalis bei einem 25jährigen Manne vorkam. Der 2. Fall betraf eine junge Frau, welche über zeitweiliges Entweichen von Flatus aus der Scheide klagte, hauptsächlich aber über einen die Vulva und die Oberschenkel erodirenden Fluor. Nur während der Menstruation war der Fluor nicht vorhanden, das Abgehen von Flatus jedoch wohl.

Bei der Untersuchung war in der Scheide eine Öffnung oder abnorme Verbindung mit dem Rectum nicht zu finden; aus dem Ostium uteri fließt eitriges Sekret, zeitweise Schmerzen in der Ovarialgegend; Fäkalien ließen sich im Fluor nie nachweisen. Zur Sicherstellung der Herkunft dieser entweichenden Gase wurden vor den Muttermund mit Bleisalz getränkte Gazetampons gelegt, welche einen schwarzen Fleck zeigten, mit Zinklösung getränkte blieben farblos, solche mit Brechweinstein wurden schön orangefarben. Also kamen die Flatus aus dem Cavum uteri.

Da nun die Gebärmutterwand wohl zu dick ist, um durch einen Process von außen her sekundär durchbrochen zu werden, so glaubt K. eine Verbindung des Rectums mit einem der Eileiter annehmen zu müssen. Weil der Verf. bei der blühenden Gesundheit der Pat. sich nicht zur Laparotomie entschließen kann, die

Beschwerden eben auch nicht groß genug sind, so führt er nur täglich Jodoformstäbchen ein, zur Heilung der Endometritis. **A. Mijnlieff** (Breukelen).

8) W. Balls-Headley (Melbourne). Sieben weitere Laparotomien.

(Austral. med. journ. 1889.)

5 Entfernungen der Uterusanhänge mit einem Exitus; 2 erzielten völlige Beseitigung der Beschwerden. 1 Explorativincision bei tuberkulöser Peritonitis mit tödlichem Erfolge. 1 Hydatide des Netzes mit Erfolg operirt.

Zeiss (Erfurt).

9) Ruggi (Bologna). 115 Laparotomien unter Sublimatanwendung.

(Aus dem Bericht über den italienischen Chirurgenkongress zu Bologna vom 16.—18. April 1889. — Revue de chirurgie Paris 1889. No. 9.)

Die 115 Laparotomien, bei denen R. ausschließlich Sublimat in Anwendung brachte, waren im Einzelnen folgende Operationen:

Entfernung von Ovarien und Tuben: 10, Heilungen 10; einfache Ovariotomien: 21, Heilungen: 21; Kastrationen aus verschiedenen Gründen: 14, Heilungen: 14; Entfernung der Tuben: 5, Heilungen: 4, Exitus: 1; Exstirpation von periuterinen Fibromyomen: 4, Heilungen: 4; supravaginale Amputation des Uterus wegen Fibromyom: 24, Heilungen; 19, Exitus: 5; Laparohysterotomie: 1, Exitus: 1; Hysterotomien nach eigener Methode: 3, Heilungen: 3; Exstirpationen von Cysten des Parametrium: 2, Heilung: 1, Exitus: 1; intraabdominelle Aufrichtung des Uterus nach eigener Methode: 19, Heilungen: 19; Laparotomien wegen Tuberkulose des Bauchfells: 3, Heilungen: 3; Echinococcusblasen des Bauchfells und der Leber: 2, Heilungen: 2; explorative Laparotomien: 5, Heilungen: 5; Ascites: 1, Heilung: 1; Laparotomie wegen eines Fremdkörpers: 1, Heilung: 1 zusammen 115 Laparotomien, von denen bei 107 Heilung, bei 8 der Tod eintrat.

Unter den 5 Kranken, die in Folge der supravaginalen Amputation des Uterus erlagen, befinden sich 2 Frauen, von denen die eine 26, die andere 28 Tage nach der Operation unter Erscheinungen des Collapses starben. Bei der Autopsie fand man nur Verfettung des Epithels von Leber und Nieren, welche man auf Sublimatvergiftung zurückführte. Die Untersuchung der Operationstechnik ergab, dass man sich zur Toilette des Bauchfells Tupfer bedient hatte, welche zu lange in Sublimatlösung gelegen hatten und sich wieder mit Sublimatkrystallen bedeckt hatten. Verf. schlägt daher vor, das Sublimat trotz seiner antiseptischen Eigenschaft bei Laparotomien zu verwerfen und es durch abgekochtes Wasser zu ersetzen.

Bei der Operation eines enormen Fibromyoms des Uterus, das den Darmschlingen fest anhaftete, trat eine starke Blutung ein, die durch Gazetupfer gestillt wurde. Am Ende des 16. Tages schien die Kranke geheilt, als plötzlich Symptome einer Darmverschließung auftraten. Durch nochmalige Laparotomie Entfernung eines vergessenen Gazetampons. Heilung.

Bei der Diskussion berichtet Dr. d'Urso (Neapel) über eine Laparotomie zur Entfernung einer Ovarialcyste bei einer herzkranken Frau, die nach der Operation starb. Die Sektion ergab fettige Entartung der Leber und Nieren und starke Schlaffheit des Herzmuskels und ergab keinen Aufschluss, ob der Tod die Folge von Sublimatresorption oder des Herzleidens war.

Dr. Durante meint, dass die Resorption von Seiten des Bauchfells nur bei normaler Serosa eintritt; ein entzündetes Peritoneum könne ungestraft mit 1 $^0/_{00}$iger Sublimatlösung behandelt werden.

2 Fälle von Sublimatintoxikation mit letalem Ausgang hat Dr. Bassini beobachtet (Peritonitis, blutige Stühle). Eine dritte Kranke mit interstitiellem Fibromyom des Uterus zeigte dieselben Symptome, es trat aber Heilung ein. B. ist auch gegen Sublimatanwendung und hat seitdem mit Salicyllösung gute Erfahrung gemacht.

K. Ruhemann (Berlin).

10) **E. C. Dudley** (Chicago). **Forcipressur contra Ligatur und Sutur in der vaginalen Hysterektomie.**

(Separatabdruck aus den Gynäcolog. Transactions 1888.)

Verf. operirt seit Kurzem nach ersterer Methode und glaubt sie der bisher geübten bedeutend überlegen, besonders wegen der Kürze der Dauer der Operation. Seine Ausführungen schließen sich im Wesentlichen denen der übrigen Vertheidiger der Methode an; nur will er den Klemmpincetten einen noch ausgedehnteren Gebrauch anweisen. Er näht nämlich die Wundränder nicht zusammen, sondern schließt auch die beiden Peritonealflächen, nachdem dieselben mit Häkchen zusammengezogen sind, durch 2—3 feine Klemmen an einander, worauf noch je eine solche in jede Ecke gelegt wird. Während dieser Schließung der Peritonealöffnung werden die Ligamentstümpfe beiderseits stark heruntergezogen, so dass die gangränescirenden Stumpftheile weitmöglichst in die Vagina zu liegen kommen.

D. operirte 2mal mit Erfolg nach dieser Methode; 12 weitere Fälle in allerletzter Zeit sind ihm ferner drüben bekannt geworden. Von diesen 14 ging nur 1 zu Grunde, und zwar am 18. Tage p. op.; ohne dass sich durch die Sektion eine Todesursache hätte nachweisen lassen.

D. macht ferner den Vorschlag, sich der Forcipressur auch bei Operation großer Myome zu bedienen: Laparotomie, Umschneidung des Cervix und Öffnung beider Peritonealtaschen per vaginam, 2 Pinces an jedes Ligament, Trennung zwischen beiden, Herausnahme des Tumors mitsammt dem ganzen Uterus aus der Bauchwunde; letztere wieder geschlossen. Hierdurch seien die Vortheile der intraabdominalen Behandlung mit der denkbar sichersten Blutstillungsmethode vereinigt.

Zeiss (Erfurt).

11) **Loriot** (Paris). **Manuelle Lageverbesserung.**

(Revue obstetr. et gynéc. 1888. December.)

Bei einer IIpara mit engem Becken (erste Geburt spontan im 8. Monat) wurde bei stehender Blase und völlig erweitertem Muttermund versucht, aus der Gesichtslage im Beckeneingang durch kombinirte Handgriffe eine Schädellage herzustellen — erfolglos. Unmittelbar nachher jedoch gelang es, nach Sprengung der Blase mit der Hand in den Uterus einzudringen, das Hinterhaupt zu fassen und eine Schädellage herzustellen; dann durch Forceps glückliche Beendigung der Geburt.

Zeiss (Erfurt).

12) **van der Mey** (Amsterdam). **Hämatokolpos zufolge Atresia hymenalis.**

(Nederl. tijdschr. v. Verlosk., Gynäk. Jahrg. I. Hft. 2.)

Ein 12jähriges, sehr entwickeltes Mädchen kam mit Klagen über wehenähnliche Bauchschmerzen in die gynäkologische Klinik.

Auf Molimina deutende Symptome waren nie vorhanden. Die äußeren Geschlechtstheile zeigen noch nicht die ganze Entwicklung. Der untere Theil der Rima vulvae ist weit geöffnet und in diesem ist ein stark nach außen und nach dem Perineum dringender Tumor sichtbar, der stark elastisch gespannt und schmerzhaft ist beim Druck. Hymen imperforatum. Ungefähr 2 Finger aufwärts der Symph. pubis ist ein stark gespannter, fast unbeweglicher Tumor durchzufühlen. Auf diesen etwas mehr nach rechts eine zweite, kleinere feste unbewegliche Masse, welche sich leicht als der nicht vergrößerte Uterus erkennen lässt. Außerdem Schmerzen, Harn- und Stuhlbeschwerden. Kreuzschnitt des Hymens in Narkose, worauf sich 500 ccm dünnes, ziemlich helles Blut entleerte. Nach Desinfektion der Scheide wird diese mit Jodoformgazestreifen ausgefüllt.

Die Entstehungsweise des Hymen imperforatum und die daraus resultirende Schleim- und Blutanhäufung, wie deren Einfluss auf Vagina und Uterus werden, eben wie die Behandlung vom Verf. näher erörtert. **A. Mijnlieff** (Breukelen).

13) **McNaughton.** **Spontanausstoßung einer Unterleibsgeschwulst durch einen Probeeinschnitt.**

(Amer. journ. of the med. sciences 1889. August. p. 146.)

Innerhalb der letzten 3 Jahre war bei einer Frau eine höchst bewegliche linksseitige Unterleibsgeschwulst von erheblicher Größe entstanden, welche plötzlich

heftige Beschwerden verursachte und ganz außerordentlich wuchs; Fieber. Es wurde zu einem Probeeinschnitt geschritten, die Geschwulst blutete aber aus einigen zerrissenen Verwachsungen äußerst heftig, war sehr stark kongestionirt und wurde von allen Anwesenden für eine langgestielte Wandermilz gehalten, von deren Entfernung wegen des zu erwartenden erschöpfenden Blutverlustes abgesehen wurde. Der Bauchschnitt wurde vernäht und verheilte per primam, brach aber wieder auf und es entleerten sich große abgestorbene Gewebsfetzen nebst Eiter. Schließlich hörte dies auf, die Bauchwunde heilte abermals, die Frau genas, die Geschwulst war verschwunden.

Offenbar hatte plötzlich eine Stieldrehung stattgefunden, welche die plötzliche Größenzunahme durch Blutstauung so wie das spätere Absterben der Geschwulst veranlasste. Der Fall lehrt, dass durch eine Stieldrehung bei Wandermilz mit langem Stiel leicht Gefahren entstehen können und Verf. zieht hieraus den Schluss, dass solche Geschwülste frühzeitig operirt werden müssten.

Lühe (Demmin).

14) **Werder** (Pittsburgh). **Ruptur der Nabelschnur während der Geburt.**

(Amer. journ. of obstetr. 1889. Februar.)

W. musste in einem Falle, welcher mit sehr großer Spina bifida komplicirt war, bei Entwicklung der Schultern nach Forceps bedeutende Gewalt anwenden; dabei riss die Nabelschnur dicht an der fötalen Insertion ab und mit derselben ein kreisförmiger Lappen Haut, so dass die Bauchhöhle frei lag. Die Nabelschnur maß nur 4 Zoll und war auffallend dick und fest. **Engelmann** (Kreuznach).

15) **O. Schäffer. Über die Behandlung der Ruptura uteri mit kompletem Austritt des Kindes.**

(Aus der Klinik des Herrn Geheimrath Winckel.)
Inaug.-Diss., München, 1889.

Verf. knüpft an einen in der Winckel'schen Klinik beobachteten Fall an: Bei einer 25jährigen Frau, die schon dreimal, zwar schwer, aber ohne Kunsthilfe ausgetragene Kinder geboren hatte, war es nach frühzeitigem Fruchtwasserabfluss und nach wiederholten vergeblichen Versuchen, das in erster Gesichtslage befindliche Kind mit der Zange zu extrahiren, zu einer Ruptura uteri compl. gekommen und das Kind in wenigen Minuten ganz durch den Riss durchgetreten; gleich nach Ankunft der Pat. in der Klinik (16. Februar 1889, 3 Stunden post rupturam) wurde das bereits abgestorbene (49 cm lange und 3750 g schwere) Mädchen durch Bauchschnitt entwickelt; die Entfernung der schon gelösten Placenta machte keine Schwierigkeiten. Es fand sich ein je 6—7 cm langer vorderer Längs- und Querriss der Gebärmutter mit ausgedehnter, durch beträchtlichen Bluterguss bedingter Loslösung des Peritoneums. In Berücksichtigung dieser Verhältnisse wurde, nach Vernähung des Querrisses und elastischer Ligatur des Collum, der Uterus sammt Annexen abgetragen, der Stumpf in Etagen vernäht und mitsammt der elastischen Ligatur versenkt. Bauchnaht. Occlusivverband. Dauer der Operation $1^1/_2$ Stunde. Blutung nicht beträchtlich. Keine Störung der Narkose.

In den ersten 5 Tagen des Wochenbettes afebrile und subfebrile Temperaturen, Puls 104—120. Mäßige Schmerzhaftigkeit und Auftreibung des Abdomens. Zeitweises Erbrechen. Der stets mit Katheter entleerte Harn war nur die ersten zwei Tage bluthaltig. Am 6. Tage gehäuftes Erbrechen, Temperatur 39,6, Puls 160, Respiration 40, rascher Verfall; 6 Tage 17 Stunden post partum plötzlicher Collaps und Tod.

Die Sektion ergab: Verjauchung des ausgedehnten subperitonealen Hämatoms und Kommunikation desselben mit der Peritonealhöhle durch mehrere theils durchgeschnittene Nähte, theils verjauchte Stichkanäle.

An der Hand einer sehr ausführlichen Statistik von 100 Fällen von Uterusruptur mit kompletem Austritt des Kindes und nachfolgender Laparotomie untersucht hierauf Verf. den Werth der in Frage kommenden Behandlungsmethoden

und kommt zu dem Schlusse, dass unter allen Umständen die Laparotomie gemacht werden solle, selbst wenn es gelungen sei, das Kind per vias naturales zu entwickeln, wobei Verf. eindringlichst vor wiederholten und gewaltsamen Versuchen warnt; Naht des Uterusrisses mit Offenbleiben des unteren Wundwinkels; Drainage des unteren Wundwinkels des Bauchschnittes. Bei sehr hohem Riss und starker Jauchung der in die Bauchhöhle eingedrungenen Flüssigkeit Drainage des Douglas. Unter ungünstigen äußeren Verhältnissen zur Vornahme der Laparotomie und bei hinterem Riss kann die Drainage des Douglas allein versucht werden. Die Porro'sche Operation ist nur indicirt bei ausgedehnter Zerreißung und Verjauchung des Uterusgewebes und bei voraussichtlich stets sich wiederholender Gefährdung der Mutter ohne Aussicht auf Erzielung eines lebenden Kindes.

Eisenhart (München).

16) **Vincent** (Lyon). Cyste der Blase.

(Lyon méd. 1889. No. 17.)

Ein 9jähriges Mädchen, bisher nicht krank, fängt an, über Incontinentia urinae zu klagen, ohne Schmerzen. Aus der Vulva drängt sich ein nussgroßer, rother Tumor vor, der sich nach einigen Bemühungen zurückschieben lässt, jedoch bald wieder, und zwar aus der Harnröhre, herauskommt. Durch Untersuchung in Narkose wird das Vorhandensein eines Stieles festgestellt, welcher sich an der unteren Blasenfläche, in der Nähe des Trigonum, zu inseriren scheint. Beim Anziehen der Geschwulst bekommt dieselbe eine punktförmige Ruptur, die Wände sind äußerst dünn. Eine citronengelbe Flüssigkeit fließt aus und mischt sich mit dem zu gleicher Zeit aus der Harnblase entströmenden Urin, so dass eine gesonderte Untersuchung nicht möglich ist. Injektionen in den Hohlraum, in die Blase und in die Scheide erweisen dessen Selbständigkeit. Durch eine Ligatur wird nun die Öffnung in der Cyste geschlossen, um womöglich ein Wiederansammeln der Flüssigkeit zu bewirken, ehe zur Abtragung geschritten werden sollte. Dieselbe schnitt jedoch durch und der collabirte Sack zog sich in die Blase zurück. 5 Tage später wird derselbe mit einer Pincette wieder hervorgeholt und der Stiel abgebrannt; letzterer erweist sich dabei als sehr resistent und dick. Durch eine Borsäure-Injektion in die Blase wird eine Perforation ausgeschlossen. Hierauf folgt glatte Genesung und Wiederherstellung der Kontinenz.

Über die anatomische Struktur der Cyste (»nussgroß«) ist leider nichts gesagt, als dass dieselbe einen Überzug von Blasenschleimhaut hatte. Verf. ist geneigt, ihren Ursprung auf follikuläre oder glanduläre Gebilde des Trigonum zurückzuführen.

Zeiss (Erfurt).

17) **Ellison** (Canisteo). Fall von Durchbruch eines Fremdkörpers aus der Scheide in die Blase.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. Februar.)

E. entfernte bei einem 13jährigen Mädchen eine hölzerne Spule, umgeben von einem großen Stein, aus der Blase. Die Scheide war vollständig obliterirt, das menstruelle Blut entleerte sich durch Blase und Harnröhre.

Engelmann (Kreuznach).

18) **B. E. Hadra** (Texas). Bemerkungen über Prolaps der Scheide, Rectocele, Cystocele.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. Mai.)

Der Artikel bespricht die Ätiologie und Behandlung des Leidens. Derselbe enthält im Wesentlichen nur Bekanntes.

Engelmann (Kreuznach).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

Herausgegeben

von

Eduard Credé und Theodor Landau

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 5. **Sonnabend, den 1. Februar.** **1890.**

Inhalt: I. **H. Fehling**, Zur Frage der Therapie bei Osteomalacie. — II. **Th. Jaffé**, Ein Fall von abnorm langer Dauer der Schwangerschaft. (Original-Mittheilungen.)

1) **Tracon**, Coxalgie. — 2) Prophylaxe des Puerperium. — 3) **Thomson**, Peptonurie. — 4) **Dumoret**, Laparohysteropexie. — 5) **v. Kahlden**, Uterusschleimhaut. — 6) **Lande**, Drainage der Bauchhöhle. — 7) **King**, Verbesserung der Lagen. — 8) **Nagel**, Primordialeier.

9) Geburtshilfliche Gesellschaft in Hamburg. — 10) **Mundé**, Epitheliom der Vulva. — 11) **Ligterink**, Haematoma vulvae. — 12) **Mundé**, Gynäkologische Operationen. — 13) **Underhill**, Septikämie. — 14) **Pic**, Tumor des Nabels. — 15) **Wylie**, Retroversio uteri. — 16) **Nijhoff**, Behandlung des Abortes. — 17) **Berlin**, Hämatocele. — 18) **Morison**, Extra-uterin-Schwangerschaft. — 19) **van der Hoeven**, Sectio caesarea. — 20) **Mitchell**, Mastdarmfistel. — 21) **Taylor**, Melanosarkom der Vulva. — 22) **Feicki**, Bartholinitis. — 23) **Dirner**, Antisepsis der Tupelostifte.

I. Zur Frage der Therapie bei Osteomalacie.

Von

H. Fehling.

Gelegentlich der Mittheilung eines durch modificirten Porro-Kaiserschnitt geheilten Falles von Osteomalacie (siehe d. Centralbl. 1890 No. 2) spricht Zweifel die Vermuthung aus, dass die einfache Sterilisation der Osteomalacisch-Kranken, welche ohne Laparotomie möglich ist, zur Besserung der Osteomalacie genüge.

Diese Vermuthung wird vorläufig nicht durch Beweise begründet.

Nach Zweifel liegen bis jetzt »zur Beurtheilung des Nutzens gegen Osteomalacie« nur Fälle von Porro-Kaiserschnitt vor. In der That hat Baumann in seiner bei mir gearbeiteten Dissertation nachgewiesen, dass in allen Fällen von Porro-Kaiserschnitt die Osteomalacie ausheilte, was für die große Mehrzahl der früher ausgeführten Nahtkaiserschnitte nicht der Fall war.

Außerdem muss ich dieser Vermuthung gegenüber hervorheben, dass ich nicht nur den Vorschlag zur Kastration bei Osteomalacie machte, sondern will daran erinnern, dass ich schon auf der Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Halle über

3 erfolgreiche Fälle von Kastration wegen Osteomalacie berichten konnte und dass ich ferner eine weitere mit Erfolg operirte Kranke auf der Versammlung in Freiburg vorstellte.

Ähnliche Erfolge haben seitdem Hoffa, P. Müller, Winckel berichtet.

Wenn man allerdings ganz ohne Kritik in jedem Fall von Osteomalacie im Anschluss an das Wochenbett sofort die Entfernung der Ovarien vornehmen wollte, so möchte die Vermuthung Zweifel's eher an Wahrscheinlichkeit gewinnen, dass die Aufhebung der Empfängnisfähigkeit der Heilfaktor ist.

Ich habe nun im Ganzen 8mal wegen Osteomalacie die Kastration ausgeführt, nur in 2 Fällen hatte die Geburt weniger als sechs Monate vorher stattgefunden, in den anderen Fällen lagen 2—9 Jahre (durchschnittlich $4^1/_2$ Jahre) zwischen letzter Geburt und Operation. In den meisten Fällen war nach anfänglicher, dem Wochenbett folgender Besserung später unabhängig von Schwangerschaft und Geburt sehr wesentliche Verschlimmerung aufgetreten, welche Arbeitsunfähigkeit bedingte. In diesen Fällen war es nicht nöthig, Verhinderung der Empfängnis zu bewirken, sondern die Operation bezweckte die Ausschaltung der Thätigkeit der Eierstöcke mit ihrem Einfluss auf den ganzen Organismus der Frau.

Wenn nun in den meisten Fällen nach jahrelangem Bestehen schwerer Krankheit rasch völlige Heilung, in einzelnen sehr wesentliche Besserung eintrat, so ist man, denke ich, berechtigt, die günstige Beeinflussung des osteomalacischen Processes durch Entfernung der Eierstöcke als Thatsache hinzustellen, wenn auch die physiologische Erklärung vorläufig fehlt.

Gelingt es Zweifel, seiner Vermuthung, dass die einfache Sterilisation zur Heilung der Osteomalacie genüge, durch eine hinreichende Zahl von Fällen eine thatsächliche Unterlage zu geben, so werden wir damit eine neue werthvolle Thatsache zur Erklärung des osteomalacischen Processes gewonnen haben.

Näheres Eingehen auf die zweckmäßigste Kaiserschnittsmethode bei Osteomalacie behalte ich mir für eine ausführliche Mittheilung über diesen Gegenstand vor.

II. Ein Fall von abnorm langer Dauer der Schwangerschaft.

Von

Dr. Th. Jaffé in Frankfurt a/M.

Frau K., 31 Jahre alt, hat vor 7 Jahren zum ersten Mal geboren. Die Geburt verlief normal, das Kind — ein kräftiges Mädchen — wurde von mir mittels leichter Zangenextraktion entwickelt. Seitdem hat Frau K. 2mal abortirt, das letzte Mal vor 2 Jahren. Die Menstruation war bei der blühenden kräftigen Frau selten regelmäßig, sie stellte sich in längeren oft in 8—9wöchentlichen Zwischenräumen ein, in dem der jetzigen Gravidität vorhergehenden Jahre in 5wöchentlichen Pausen. Das Allgemeinbefinden blieb durchaus ungestört.

Ende Januar v. J. konsultirte mich Frau K. wegen eines mäßigen Fluor. Die Untersuchung ergab einen geringen Cervicalkatarrh. Da mir Pat. auf mein Befragen angab, dass die letzte Menstruation am 9. December 1883 aufgetreten war, (die Pat. hatte sich stets genaue Notizen gemacht), so stand ich von einer lokalen Behandlung ab, trotzdem die Untersuchung keinen Verdacht des Bestehens einer Gravidität ergab.

Am 24. März v. J. sah ich die Pat. wieder. Die Menses waren nicht mehr eingetreten. Pat. glaubte den subjektiven Beschwerden nach schwanger zu sein.

Die Untersuchung stellte mit Sicherheit das Bestehen einer ca. 5—6 wöchentlichen Schwangerschaft fest. Die Schwangerschaft, deren Fortschritte zu konstatiren ich öfter Gelegenheit hatte, verlief normal. Anfang Juli wurden Kindsbewegungen wahrgenommen. Der Termin der Niederkunft wurde nach dem ersten Befund und der Zeit des Auftretens von Kindsbewegungen, da sich das Ausbleiben der Menses hier für die Berechnung der Schwangerschaftsdauer gewiss nicht verwenden ließ, auf die 2. Woche des November ausgerechnet. Mitte Oktober v. J. bemerkte Frau K., die in letzter Zeit häufig an Beklemmungen litt, ein Senken des Leibes, das ich bei der erneuten Untersuchung bestätigt fand. Die Niederkunft erfolgte jedoch erst am 9. December — also über 3 Wochen später als nach dem erwarteten Termin.

Die Entbindung erfolgte bei sehr kräftigen Wehen ohne jede Kunsthilfe.

Das Neugeborene war männlichen Geschlechts, wog am Tage der Geburt fast 4000 g. Die Länge desselben betrug 53 cm, der Kopfumfang 36 cm. Am Kopf

D. r.	$11^3/_4$ cm
D. tr. mg.	10 »
D. tr. m.	$9^1/_4$ »
D. O. maj.	$13^1/_2$ »
D. O. min.	10 »
D. t.	10 »

Die Maße des Neugeborenen, bei dem die Zeichen der Reife sehr deutlich wahrnehmbar waren, übertrafen also, wenn auch nicht in hohem Grade, die normalen.

Die Entbindung erfolgte genau am 365. Tage nach dem Eintritt der letzten Menstruation. Hervorheben will ich noch, dass die Angabe der sehr intelligenten, in den besten socialen Verhältnissen lebenden Dame, die mir seit vielen Jahren bekannt ist, absolut zuverlässig ist.

Der Konceptionstermin ließ sich nicht feststellen. Nehmen wir an, dass die Konception erst 8 oder gar 9 Wochen nach Eintritt der letzten Menses erfolgte — eine Annahme, die sicher nichts Gezwungenes an sich hat und mit meinen häufigen Kontrolluntersuchungen des Schwangerschaftsbefundes so wie mit dem Auftreten der Kindsbewegungen Anfang Juli als der 20. oder 21. Woche übereinstimmt, so hat die Schwangerschaft eine Dauer von mindestens 303—309 Tagen gehabt. Die stärkere Ausbildung des Kindes endlich stützt auch diese Annahme.

Ich halte diesen genau beobachteten Fall der Veröffentlichung für werth, weil er in forensischem Sinne gewissermaßen ein aktuelles Interesse hat. Der Entwurf zum neuen deutschen Civilgesetzbuch will eine Schwangerschaftsdauer gesetzlich statuirt wissen, indem er die Zeit eines lebensfähigen Kindes zwischen dem 180.—300. Tage nach dem bewiesenen Coitus festsetzt.

Ist es auch den Geburtshelfern längst bekannt, dass Fälle von Übertragung in der Schwangerschaft nicht einmal zu den großen Seltenheiten gehören — hat doch Krüche[1] einen Fall mitgetheilt, bei dem er eine 330tägige Schwangerschaft konstatirt zu haben glaubt, so ist doch jede neue sichere Beobachtung eines Partus serotinus zweifellos von Werth.

Endlich hat die Thatsache, dass die Niederkunft in unserem Fall genau nach 365 Tagen — von der letzten Menstruation an gerechnet — erfolgte (hier steht unser Fall wohl als Unicum da!), ein weiteres Interesse, weil sie die immer mehr

[1] Deutsche Medicinalzeitung 1883. p. 370.

sich bahnbrechende Anschauung stützt, dass die Ovulation unabhängig von der Menstruation erfolgen kann.

An einen Zusammenhang der hier erfolgten Konception mit der letztaufgetretenen Menstruation kann ernstlich nicht gedacht werden.

---

1) **Tracou** (Lille). Einfluss der Coxalgie auf die Formation des Beckens.

Lille, 1889. 149 S.

Die im ersten oder zweiten Stadium ohne Eiterung geheilte Hüftgelenkentzündung hinterlässt wenig oder keine Spuren an der Formation des Beckens. In der dritten Periode wird der Einfluss der Coxalgie auf die Beckenform um so größer sein, je länger die Eiterung gedauert und je weniger die kranke Seite im Stande war, das Körpergewicht zu tragen. Die mit Sacro-Coxalgie komplicirte Coxalgie bringt das ovale Becken zu Stande mit der Synostosis sacro-iliaca; der Überdruck kann auch eine Verschmelzung des Os ileum mit dem Os sacrum herbeiführen. Die beste Therapie ist der immobilisirende Extensionsverband, der zur geradlinigen Ankylose führt. Unter dem Einfluss der Schwangerschaft sind Recidive der Coxitis selten. Die Entbindung geht meist spontan vor sich. Bei hoher Beckenenge oder ungünstiger Kindeslage wird, wenn angängig, der Forceps applicirt werden müssen, wenn nicht die Wendung indicirt erscheint. Wenn aber die Diagnose frühzeitig gestellt ist, wird man der künstlichen Frühgeburt den Vorzug geben.

K. Ruhemann (Berlin).

---

2) Prophylaxe der Wochenbetterkrankungen. Hebammeninstruktion, veröffentlicht durch die medicinische Kommission der Provinz Luxemburg.

(Journ. d'accouch. 1889. No. 14—17.)

Mit Interesse hat Ref. die für die Hebammen der belgischen Provinz Luxemburg erlassene Instruktion gelesen. Sie ist eine sehr umfangreiche und steht schon hierdurch nach seiner Ansicht hinter der preußischen Anweisung für die Hebammen zur Verhütung des Kindbettfiebers zurück. Je kürzer Vorschriften abgefasst sind, um so leichter werden sie sich Jedem, insbesondere Leuten mit einer wissenschaftlichen Halbbildung einprägen. Zwar hat sich Ref. im Lauf der Jahre aus der Lektüre des Journ. d'accouch. überzeugt, dass die belgischen Hebammen sich durchschnittlich aus einem besseren Material rekrutiren und besser ausgebildet sein müssen, als unsere preußischen bezw. deutschen, immerhin hält er es für bedenklich, jene mit dem Begriff der Selbstinfektion bekannt zu machen, zu erwähnen, dass in Krankenhäusern und Entbindungsanstalten eine Übertragung des Kindbettfiebers durch die Luft möglich sei, beides Ansichten, deren Richtigkeit noch keineswegs erwiesen ist. Wozu bei der Vorschrift die Vulva der Wöchnerin mit einem bei jedem

Wechsel zu verbrennenden Wattebausch zu bedecken, die Bemerkung, dass »wo Septikämie droht« Jodoformwatte zu verwenden sei, da »von dieser fortgesetzt Jod abgegeben werde, welches in den Utero-Vaginalkanal eindringt und dort das Gift neutralisirt«!

Als Spülflüssigkeit für wiederholte Vaginalinjektionen wird 1 % ige, für eine einmalige 2—3 % ige Karbollösung empfohlen, mit der beherzigenswerthen Anordnung, die Lösung mit abgekochtem Wasser zu bereiten. Geradezu verwerflich erscheint Ref. die Erlaubnis, im Nothfall nur abgekochtes Wasser eventuell mit einem Zusatz von 10—20 % igem Wachholderbranntwein zu verwenden. Er sieht in der Vorschrift der preußischen Instruktion, nach welcher den Hebammen vaginale Ausspülungen nur auf ärztliches Geheiß gestattet sind, einen wesentlichen Vorzug vor der belgischen, welche jene als sehr nützlich empfiehlt. Im Wochenbett sollen sie die Diagnose von Retroflexionen und Anteversionen erleichtern, »da man sich vor ihrer Ausführung von der Lage des Uterus überzeugt«. Unsere Hebammen werden mit Recht gewarnt, im Wochenbett die Finger in die Genitalien einzuführen.

Intra-uterine Ausspülungen sind der luxemburgischen Hebamme unter Kontrolle eines Arztes gestattet. Dann macht dieser sie doch wohl besser selbst.

In anderen Punkten ist die Instruktion klar und kurz abgefasst und deckt sich mit den bei uns üblichen Vorschriften.

Graefe (Halle a/S.).

---

3) **H. Thomson** (Dorpat). Über Peptonurie in der Schwangerschaft und im Wochenbett.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 44.)

Mittels einer modificirten Biuretprobe, deren Details im Original eingesehen werden müssen, untersuchte T. den Harn von 4 Schwangeren mit lebenden, 4 mit abgestorbenen, macerirten Früchten, von 3 Kreißenden und 12 Wöchnerinnen vom 2. bis zum 6. Wochenbettstag. Die dabei erhaltenen Resultate weichen wesentlich von denen Fischel's und Köttnitz's ab. Im Gegensatz zu dem ersteren fand T. bei Schwangeren nie Pepton im Urin; auch bei Wöchnerinnen konnte er es nicht konstant feststellen. Köttnitz (cf. Ref. 1888 No. 48) hält Peptonurie für ein pathognomonisches Zeichen des Abgestorben- und Macerirtseins der Frucht. T. fand bei 4 solchen Fällen nie Pepton.

Graefe (Halle a/S.).

---

4) **Paul Dumoret.** Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin.

Paris, **Lecrosnier et Babé,** 1889. 167 S. 8 Fig.

Die Anregung zu der Arbeit über Ventrofixation bei Uterusprolaps rührt von F. Terrier her, der 3 Fälle publiciren lässt; im Ganzen verwerthete D. 25 Fälle, darunter noch 2 neue von Tuffier und Segond.

Das Verfahren von Terrier fixirt die vordere Uteruswand mit 3 dicken Katgutfäden, welche durch die ganze Dicke der Bauchwand mit Ausnahme der Haut gehen und durch die Uterusmuskulatur mehrfach aus- und eingestochen werden. Schluss des oberen Theils der Bauchwunde durch 3 das Peritoneum mitfassende Silberdrahtnähte. In der Höhe der Uteruskatgutnaht wird die Bauchwunde durch 3 Nähte mit Fil de Florence geschlossen. In den unteren Wundwinkel kommt ein Drain. Die 5 Fälle heilten. Die Beobachtungsdauer ist jedoch zu kurz, sie betrug $^3/_4$ Jahr bis 3 Monat. Die Fixation war damals in allen Fällen zu konstatiren.

Die Variationen im Nahtmaterial scheinen etwas gesucht, besonders wenn man erfährt, dass der Uterusfundus durch eine Seidenschlinge während des Nähens in situ gehalten wird. Entschieden unrichtig ist die Ansicht, dass es durch die 3 Katgutfäden gelingt, Fundus und vordere Uteruswand mit der vorderen Bauchwand zu verbinden, nach der Abbildung wird nicht mehr Uterusserosa mit Bauchdeckenserosa in Kontakt gebracht, wie durch die deutschen Methoden der Ventrofixation. Für die Leser dieses Blattes bringt die Arbeit sonst nichts wesentlich Neues. **G. Middeldorpf** (Breslau).

---

5) C. von Kahlden, Über das Verhalten der Uterusschleimhaut während und nach der Menstruation.

(Aus der Festschrift zu Hegar's Jubiläum.)
Freiburg i/B., 1889.

Das Oberflächenepithel der Uterusschleimhaut zeigt je nach der Zeit der Untersuchung mehr oder weniger große Defekte, während der Menstruation wird es in toto sammt der gesammten hämorrhagisch infiltrirten Schleimhaut abgestoßen. Diese Infiltration geht bis zur Hälfte oder $^2/_3$ der Dicke der Schleimhaut in die Tiefe. Eine Resorption von Blut konnte wegen des Fehlens von Pigment ausgeschlossen werden. Die Blutcoagula im Uterusinneren umschlossen Epithelien und mehr oder weniger gut erhaltene Drüsenreste. Kontinuitätstrennungen konnten eben so wenig, wie eine kleinzellige Infiltration der Schleimhaut konstatirt werden. Die von Leopold beobachteten Riesenzellen konnte v. K. nicht auffinden, auch war der Befund von erweiterten Drüsenschläuchen, Schlängelung und Korkzieherform kein so konstanter, wie er von anderen Beobachtern angegeben wird.

Die Neubildung des Epithels geht von den Drüsenschläuchen aus, nicht von stehengebliebenen Epithelinseln, zugleich findet damit eine Neubildung von Gefäßen statt. An einzelnen Stellen, wo von 2 Drüsen her die Neubildung des Epithels vor sich geht, findet sich an der Berührungsstelle eine doppelte Epithelschicht.

G. Middeldorpf (Breslau).

6) **Lande.** Über Drainage der Bauchhöhle bei Laparotomien. (Aus Dr. Sänger's Privatfrauenklinik in Leipzig.)

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

An einer geschichtlichen Übersicht zeigt Verf., dass die Drainage in der vorantiseptischen Zeit die besten Resultate gab, in der neueren Zeit dagegen wegen der ihr anhaftenden Übelstände mehr oder weniger vollständig fallen gelassen wurde, bis man ein Drainirsystem kennen lernte von größerer Vollkommenheit: die Kapillardrainage. Es giebt Umstände, unter denen die Ableitung von Wundabsonderungen aus der Bauchhöhle erwünscht und angezeigt ist. Die bedeutungsvolle Resorptionsfähigkeit des Bauchfells kann beeinträchtigt werden durch Verminderung des Bauchdruckes, durch Wegfall der peristaltischen Bewegung der Därme (nach der Laparotomie), so wie durch Erkrankung des Bauchfells selbst. Die Resorptionsfähigkeit desselben kann gefährlich werden, wenn Septisches in die Bauchhöhle kam.

L. unterscheidet die intraabdominelle Tamponade, welche »in allen Fällen von parenchymatöser Flächen- oder Höhlenblutung indicirt ist, wobei dieselbe in anderer Weise nicht zu beherrschen ist«, von der eigentlichen Drainage. Die Drainage empfiehlt er für die schwierigeren Laparotomien, d. h. für »Fälle von quantitativ und qualitativ ungünstigem Verhalten der Absonderungen während und nach der Laparotomie, von gefährlichen Verunreinigungen der Bauchhöhle, von schweren entzündlichen, infektiösen oder traumatischen Schädigungen des Bauchfells im Vereine mit ungünstigen, allgemein konstitutionellen Zuständen«.

Zur Methode und Technik der Drainage führt Verf. an, dass eben so die seiner Zeit vorgeschlagene Bauchlage zum Abfluss aus der Wunde als für die Kranke unerträglich zu verwerfen sei, wie auch die Scheidendrainage wegen der Schwierigkeiten der Technik, der Unvollkommenheit ihrer Leistungen und der durch die Mikroorganismen der Scheide bedingten Gefährlichkeit.

Dagegen sei die Methode, welche das zu Wünschende leistet, die »Drainage durch die Laparotomiewunde unter Verwendung der Kapillarwirkung und des Druckverbandes als Triebkraft«. Die Kapillarwirkung wird geleistet durch aseptische und aufsaugende Stoffe, unter denen L. einer guten Jodoformgaze den Vorzug giebt vor dem Jodoformdocht. Doch ist die direkte Verwendung der Gaze im Bauchraum, die bei der »intraabdominalen Tomponade« (siehe oben) in ihr Recht tritt, unzulänglich, weil sich das Bauchloch zu schnell verengt und die Gaze nicht gewechselt werden kann. L. empfiehlt desshalb warm die Glaskanülen. Sänger benutzt solche von zweckmäßiger Krümmung, Länge und Durchmesser mit seitlichen Öffnungen und schiebt aseptische Jodoformgaze locker, aber tief hinein. Diese Gaze wird erneuert nach 24 Stunden und weiterhin je nach Bedürfnis. Das Drain wird am 6.—8. Tage entfernt. Danach wird die Öffnung

des Drainkanals mit einer Schicht Jodoform und mit Gaze bedeckt, worauf sich gewöhnlich die Öffnung schnell schließt.

Sänger hat nach diesen Grundsätzen und — wenigstens in letzter Zeit — nach dieser Methode von 200 Fällen 17 behandelt. Da diese, wie aus dem ausführlichen Bericht ersichtlich, zu den schwierigeren Laparotomien gehören, so kann man sich nicht wundern, wenn unter den 17 Fällen noch 3 Todesfälle an Sepsis neben 4 aus anderen Ursachen vorkamen. **Pfannenstiel** (Breslau).

---

7) **King** (Washington). Die natürliche Verbesserung abnormer Lagen und ihre künstliche Nachahmung.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. Juni.)

Der Verf. plaidirt in einem interessanten Artikel für die Verwendung des Druckes, welchen die in dem Hüftgelenk stark flektirten Oberschenkel auf den schwangeren Uterus auszuüben vermögen, zur Verbesserung abnormer Kindeslagen vor und während der Geburt. Er weist nach, dass hierdurch unzweifelhaft ein Erfolg zu erzielen sei, wie ja auch eine große Anzahl wilder Völkerschaften instinktiv diese Lage während des Geburtsaktes einnehmen und es nachgewiesen ist, dass bei solchen Dystokien seltener beobachtet werden.

Eine Anzahl Photographien, welche den Einfluss der hockenden und knieenden Lage auf die schwangere Gebärmutter illustriren, ist dem Aufsatze beigegeben. **Engelmann** (Kreuznach).

---

8) **W. Nagel** (Berlin). Über das Vorkommen von Primordialeiern außerhalb der Keimdrüsenanlage beim Menschen.

(Anatomischer Anzeiger 1889. No. 16.)

Bei jüngeren Embryonen der höheren Wirbelthiere findet man längs der Außenseite des Wolff'schen Körpers eine Verdickung des Oberflächenepithels. His hat bei zwei menschlichen Embryonen diese Epithelverdickung nachweisen können und vermuthet, dass diese Verdickung die Stelle bezeichnet, an welcher später der Müller'sche Gang sich bilden wird. N. hat an zwei weiblichen Embryonen von 12 resp. 20 mm Länge in dieser Epithelverdickung, nicht allein in der Nähe der Mündung des Müller'schen Ganges, sondern auch mehr distalwärts (aber doch im Bereiche der oberen Hälfte der Urniere) mehrfach auffallend große, 14—16 resp. 9—10 μ messende Zellen gesehen, denen er wegen ihres anatomischen Verhaltens die größte Ähnlichkeit mit Primordialeiern, insonderlich Primordialeiern desselben Embryo zuspricht. Die Richtigkeit der Auffassung dieser Zellen als Primordialeier vorausgesetzt, würde ihr Vorkommen auf eine engere Beziehung der beschriebenen Epithelverdickung zum eigentlichen Keimepithel, wie Waldeyer behauptet, hinweisen. N. will durch diese Mittheilung nur die gefundene Thatsache berichten, verweist in Bezug auf Einzelheiten auf die ausführliche Bearbeitung.

K. Ruhemann (Berlin).

Kasuistik.

9) Verhandlungen der geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 2. April 1889.

Vorsitzender: Herr Hotte; Schriftführer: Herr Lomer.

Herr Hotte übergiebt der Gesellschaft den ihr von Dr. Reusche testamentarisch überlassenen Bücherschrank und das bis dato vollständige Archiv für Gynäkologie. Die Gesellschaft beschließt, letzte Zeitschrift weiter zu halten.

Demonstrationen.

Herr Lomer demonstrirt einen 14 cm langen Foetus papyraceus, der gleichzeitig mit einem lebenden ausgetragenen Kinde geboren wurde. Der Kopf desselben ragte neben dem Kopfe der ausgetragenen Frucht in die Vagina und täuschte die Schlinge einer pulslosen vorgefallenen Nabelschnur vor. Da die Hebamme angab, noch vor Kurzem Pulsationen an dieser vermeintlichen Nabelschnurschlinge gefühlt zu haben, wurde in aller Eile der Forceps an dem tief im Becken stehenden Kopfe applicirt und so die lebensfrische ausgetragene Frucht entwickelt.

Die Geburt hatte am 24. Mai stattgefunden. Am 24. Juni war die letzte Periode dagewesen. Am 29. Oktober soll, angeblich nach einem ermüdenden Spaziergange, plötzlich sehr viel Wasser abgegangen sein und dieser Wasserabfluss soll 4 Tage gedauert haben und so groß gewesen sein, dass die Pat. davon fortwährend durchnässt war. Sie fühlte sich dann in den nächsten 8 Tagen noch frostig und angegriffen, bekam aber keine Wehen.

Bemerkenswerth ist der Fall auch in so fern, als Herr Lomer dieselbe Pat. vor 3 Jahren bereits von Zwillingen entbunden hatte.

Herr Kümmel demonstrirt 1) eine vereiterte Dermoidcyste des rechten Ovarium, die er für einen Beckenabscess gehalten und desshalb nach der Bardenheuer'schen Methode mit Ablösung des Peritoneum operirt hatte. Die 47jährige Kranke hatte Anfangs des Jahres einen Typhus durchgemacht und klagte über beständige Schmerzen rechts. Sie hatte abendliche Temperaturen von 38 Grad und war stark abgemagert. Die Untersuchung zeigte einen in der Beckenschaufel fest aufsitzenden Tumor, die Punktion ergab eitrigen Inhalt desselben. Der Schnitt wurde in der rechten Seite geführt; die Adhäsionen der Geschwulst erwiesen sich als sehr fest. Verlauf gut.

2) demonstrirt Herr Kümmel eine von ihm exstirpirte frisch geplatzte Hämatosalpinx von einer 35jährigen sterilen Pat., die über heftige Schmerzen geklagt hatte.

3) Zeigt Herr Kümmel einen von ihm angegebenen sehr einfachen Apparat zum Sterilisiren von Instrumenten.

4) Bespricht er die Vorzüge der Rotter'schen Pastillen zur Herstellung einer sicher wirkenden und nebenbei ungiftigen Desinfektionslösung.

Über letzten Gegenstand entspinnt sich eine Debatte, woran die Herren Aly, May, Predöhl und Kümmel sich betheiligen.

Herr Aly demonstrirt ein von ihm durch die Totalexstirpation gewonnenes primäres Carcinom des Uteruskörpers. Als Herr Aly die 73jährige Pat. zuerst sah, fiel ihm nur ein kleines schleimpolypenartiges Gebilde auf, welches aus dem Muttermund herausragte. Als er dasselbe mit der Kornzange fassen wollte, kam er in eine weite Höhle und bemerkte nunmehr, dass der Uterus circa mannsfaustgroß und mit carcinomatösen Wucherungen angefüllt war. Die Uterusexstirpation wurde bald darauf unter erschwerenden Umständen ausgeführt. In der Vagina fanden sich jetzt geschwürige Stellen, die zuerst excidirt werden mussten. Der Uterus selbst war nach der Blase sowohl wie nach dem Douglas zu stark mit den Nachbarorganen verwachsen. Er wurde in situ herauspräparirt. Die Pat. starb an allgemeiner Schwäche 8 Tage nach der Operation, ohne gefiebert zu haben.

Herr Kiderlen (als Gast) berichtet über folgenden eigenthümlichen Fall von Genitalreflexneurose:

Ein Dienstmädchen von chlorotischem Habitus ließ sich wegen unstillbarem

Erbrechen im allgemeinen Krankenhause aufnehmen. Sie war früher stets gesund und regelmäßig menstruirt gewesen, seit einem Jahr bestand aber Amenorrhöe. Nachdem Cocain, Brom, Morphium etc. vergeblich angewandt worden war und die Kranke einen entschieden hysterischen Eindruck machte, wurde sie acht Tage nach der Aufnahme untersucht, wobei sich eine spitzwinklige Retroflexio uteri fand. Sobald der Uterus aufgerichtet war, hörte das Erbrechen auf, um wiederzukehren, wenn durch Entfernung des Hodge der Uterus wieder in seine retroflektirte Lage zurücksank. Sogar, als nach 3 Wochen absoluten Wohlseins das Pessar entfernt wurde, trat abermals Retroflexio uteri und zugleich mit dieser das Erbrechen wieder auf. Herr Kiderlen bespricht die Einzelheiten des Falles ausführlicher, um darzuthun, dass in der That hier eine Abhängigkeit des Erbrechens mit der Lageveränderung des Uterus angenommen werden müsse. Er denkt sich die Sache so, dass eine Reflexneurose gerade bei dieser Kranken, ihrer chlorotisch-hysterischen Anlagen halber, sich entwickeln konnte, und citirt noch einen Fall aus der Hegar'schen Klinik, wo hysterische Stickhustenanfälle durch eine spitzwinklige Anteflexion bedingt waren und nach Amputation der Portio fortblieben.

Herr Lomer citirt zwei ähnliche hierher gehörende Fälle.

Schluss der Sitzung 9½ Uhr.

Sitzung vom 16. April 1889.

Vorsitzender: Herr Hotte; Schriftführer: Herr Lomer.

Herr Lomer demonstrirt eine zweifaustgroße einkammerige Ovariencyste, welche er durch Laparotomie von einer im vierten Monat schwangeren Frau entfernte. Der Verlauf war ein normaler. Die Schwangerschaft wurde nicht unterbrochen.

Herr Aly hält seinen angekündigten Vortrag: Über die stellungverbessernde Zangen-Operation Scanzoni's.

Nach einem geschichtlichen Rückblick über die Entstehung dieser Operationsmethode erläutert Herr Aly, wie das Verfahren zuerst sehr missbraucht, sodann wieder gänzlich verlassen wurde, bis dann Scanzoni durch seine exakte Indikationsstellung die Operation wieder zu Ehren brachte.

Hält man sich streng an die von Scanzoni verlangten Vorbedingungen, dann könne man auch heute noch Fälle finden, in denen die Methode Anwendung finden dürfte. Herr Aly stimmt somit nicht mit dem von den heutigen Lehrbüchern eingenommenen, ablehnenden Standpunkt in dieser Richtung überein. Winckel citirt das Verfahren z. B. gar nicht. Schroeder räth abzuwarten, bis der Kopf sich von selbst dreht, eventuell in Vorderscheitellage zu extrahiren. Spiegelberg warnt davor. Die Scanzoni'sche Indikationsstellung lautet:

1) dass der Operateur die Kopfeinstellung genau diagnosticiren könne;

2) dass der Kopf tief stehe und von der Zange gut gefasst werden könne unter Berücksichtigung von Beckenanomalien;

3) dass Mutter oder Kind in Gefahr seien.

Nachdem Aly als Assistent bereits einmal die Methode mit Erfolg angewendet hatte, verfuhr er vor Kurzem in folgendem Falle ähnlich:

21jährige Ipara. Wehenbeginn 8—9 Uhr Abends. Am 9. Morgens Muttermund fast vollständig erweitert. Blase stehend. Rücken rechts. Große Fontanelle links vorn. Kopf eingetreten, Becken normal, Wehen gut. Seitenlagerung. 9. Abends Muttermund vollständig, Blase gesprungen, Kopf tiefer — große Fontanelle hinter der Symphyse links. Häufiges Erbrechen. Kreißende ermattet. 10. Morgens. Kopf noch tiefer. Rechts hinten ist auch die kleine Fontanelle erreichbar. Mäßige Kopfgeschwulst. Erbrechen und Ermattung andauernd. Mittags: Wehenschwäche, desshalb heiße Vaginalduschen. Abends: Status idem. Da die Kreißende erschöpft war, Forceps. Zuerst Anlegung im rechten schrägen Durchmesser. Durch Senkung der Griffe tritt der Kopf so ein, dass die Pfeilnaht quer verläuft. Dann Abnahme der Löffel und Wiederanlegung im linken schrägen Durchmesser. Durch leichte Rotation tritt die kleine Fontanelle nach vorn und

in Hinterhauptstellung wird ein 4050 g schweres Kind entwickelt. Das Wochenbett verlief normal.

Als Ursache für die fehlerhafte Kopfeinstellung nimmt Herr Aly übermäßig weites Becken an.

Diskussion. Herr Lomer warnt auf das dringendste davor, die Zange als Rotationsinstrument zu benutzen, um die Stellung des Kopfes im Becken zu verbessern. Er hat eine blühende junge Frau an den Folgen einer derartigen Operation zu Grunde gehen gesehen, und für ihn persönlich habe diese eine Erfahrung genügt um die Methode zu verlassen. Wenn alle neueren Lehrbücher sich ebenfalls ablehnend darüber äußern, so könne das doch nur dadurch erklärt werden, dass Andere ebenfalls schlechte Resultate damit zu verzeichnen gehabt hätten. Aber abgesehen von dem von ihm beobachteten tödlichen Ausgang nach Anwendung des Verfahrens habe er auch theoretische und praktische Bedenken dagegen. Handele es sich um große Köpfe, die lange im Becken feststänaen, bei abgeflossenem Fruchtwasser, dann haben diese sich nach dem Becken konfigurirt und eine Drehung kann mit der Zange entweder gar nicht oder nur mit erheblichen Verletzungen der Mutter bewerkstelligt werden. In solchem Falle besteht das kleinste der Übel darin, den Kopf in Vorderscheitellage zu extrahiren. Das Schlimmste, was dabei passiren kann, ist ein tiefer Dammriss. Bei kleinen Köpfen und bei weitem Becken aber lässt sich, wie Herr Lomer dies wiederholt beobachtete, der Kopf mit der Zange in Vorderscheitellage herunterziehen und dann nach Abnahme der Löffel durch Anwendung des Ritgen'schen Handgriffes die Drehung im Beckenausgang noch bewerkstelligen. Dies ist der Vorgang, auch wenn normalerweise der Kopf sich in Vorderscheitellage zur Geburt stellt. Es tritt dann meist zu allerletzt noch im Beckenausgang eine Drehung der kleinen Fontanelle nach vorn ein während des Einschneidens und Durchschneidens durch die Schamspalte.

Herr Aly vertheidigt seinen Standpunkt und glaubt, dass das von ihm angewandte Verfahren schonender ist, als die Extraktion des Kopfes in Vorderscheitellage. Wenn ein so erfahrener Geburtshelfer wie Scanzoni dafür eintrete, dann könne man gewiss nur richtig handeln, wenn man in einzelnen Fällen sich der Methode bediene. Die eine ungünstige Erfahrung des Herrn Lomer werde ihn auch nicht von der Gefährlichkeit des Verfahrens überzeugen, besonders wenn man sich an den Rath Scanzoni's halte, nie Gewalt anzuwenden und nach ergebnislosen Rotationsversuchen weitere Drehungsversuche zu unterlassen.

Herr Olshausen glaubt, dass nur Geübte sich mit dem Verfahren abgeben sollten. Oft genüge schon die Einführung eines Löffels, um durch Hebelwirkung den Kopf zu drehen.

Herr Lomer giebt Herrn Aly darin Recht, dass ein unglücklich verlaufener Fall eines einzelnen Operateurs nicht maßgebend sein kann, um ein Verfahren zu verurtheilen. Indess was dem Einen passirt ist, kann auch dem Anderen widerfahren, und das Maß der Gewalt, das bei einem Rotationsversuch unbeschadet für die Mutter angewandt werden kann, dürfte doch schwer zu bestimmen sein. Er warnt desshalb nochmals vor der Methode und betont, dass wir in dem Ritgenschen Handgriff und in dem früheren Abnehmen der Zangenlöffel einen Ersatz dafür besitzen.

Herr Räther. Der Student wendet das an, was er an der Universität gelernt hat. Wird die Methode in Phantomkursen geübt, dann werden auch gewiss Anfänger damit manchmal gewaltsam vorgehen und mehr schaden als nützen. Auch er wendet mit Vorliebe den Ritgen'schen Handgriff an.

Herr Hotte schließt die Diskussion mit der Bemerkung, dass, wie in allen Ansichten, auch in diesem mancher Wandel eintreten mag. Es mag die Zeit kommen, wo die Scanzoni'schen Vorschriften wieder allgemein für gültig anerkannt werden, besonders da Extraktionen in Vorderscheitellage doch ungemein schwierig sind und mit erheblichen Verletzungen der mütterlichen Theile einhergehen. Die Hauptsache bei dem Verfahren scheint ihm in der Anlegung des ersten Löffels zu liegen. Schluss der Sitzung $9^1/_2$ Uhr.

10) P. Mundé (New York). Zwei Fälle von primärem Epitheliom der Vulva und Scheide.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. Mai.)

Der erste Fall betraf eine 54jährige Nullipara. An der rechten großen Schamlippe fand sich eine Ulceration, die sich in den letzten sechs Monaten entwickelt hatte. Dieselbe wurde entfernt. Die Untersuchung ergab Epitheliom.

In dem zweiten handelte es sich um eine schwammige, brüchige, leicht blutende Masse von der Größe einer Orange, welche von der hinteren Scheidenwand ausging und die Portio frei ließ. Dieselbe wurde abgetragen und mit dem Thermokauter gebrannt. Heilung. Nach zwei Monaten Recidiv. Tod.

Engelmann (Kreuznach).

11) Ligterink (Kralingen). Zwei Fälle von Haematoma vulvae.

(Nederl. tijdschr. voor Geneeskunde 1889. No. 14.)

I. Haemat. vulvae post partum. Eine 24jährige Frau wurde zum fünften Male von der Hebamme normal entbunden. Der Partus hatte nur ½ Stunde gedauert. Die Placenta kam spontan, der Uterus kontrahirte sich gut.

Nach einer Stunde bemerkte Pat. Schmerzen im Perineum, bis zum linken Beine irradiirend. Als nach weiteren 3 Stunden L. zugezogen wurde, fand er Nachfolgendes. Die linke große Schamlippe war faustgroß geschwollen, der Tumor dunkelblau, die Haut stark gespannt, fast durchscheinend. An den Lab. majora und den Beinen waren keine Varices. Der Uterus höher als normal, nach rechts hinüberneigend, in der linken Fossa iliaca eine stärkere Resistenzdämpfung, die Blase war leer. Beim Reiben des Uterus entleerte sich nicht mehr Blut wie gewöhnlich 4 Stunden post partum.

Die Untersuchung per vaginam zeigt einen Tumor, der die linke Scheidenwand stark ausdehnt und bis in das Scheidengewölbe hinaufreicht. Die Vermuthung, dass die Blutung auch oberhalb der Fascia pelvis sich ausgedehnt habe, wird durch das Zunehmen der Dämpfung während der ersten Stunden der Beobachtung und ihr Persistiren trotz Verabreichung von Ricinusöl bestätigt. Die Temperatur war 37,8, die Pulsfrequenz 80. Ordination: Absolute Ruhe; die Vagina wurde mit einer Sublimatlösung (1 : 3000) injicirt, eine Eisblase in die Scheide wie aufs Mittelfleisch, Lab. majus und Fossa iliaca, subkutan Ergotin und Morphium.

Am 5. Tage zeigte sich am linken Lab. majus bei der Commissura post. ein gangränöser Flecken von 2 cm im Durchschnitt, der am 6. Tage schon 5 cm im Diameter war, in dessen Mitte eine kleine Öffnung, aus welcher eine dunkelgefärbte Flüssigkeit sickerte. Breite Incision. Jodoformtamponade. Komplette Heilung 4 Wochen post partum.

II. Haemat. vulvae traumaticum bei einer 36jährigen Frau, welche Abends mit dem Perineum auf einen spitzen Holzschuh gefallen war. Keine Blutung, keine äußere Wunde. Nach 2 Stunden beginnt das Perineum heftiger zu schmerzen und anzuschwellen.

Als L. am nächsten Tage gerufen wurde, hatte die Frau viel Schmerzen das rechte Lab. maj. beinahe faustgroß geschwollen, blaufarbig, elastisch gespannt, die Epidermis war über 4 qcm Oberfläche blutig unterlaufen. In der Fossa iliaca keine größere Resistenz. Die rechte Scheidenwand war eben so elastisch und gespannt, die Schwellung dehnte sich bis ungefähr 5 cm in der Tiefe hin aus. Keine Venenerweiterung, von Hämophilie keine Rede. Ordination wie oben. Spontaner Durchbruch. Heilung ebenfalls nach 4 Wochen.

Die Entstehungsweise wie die prädisponirenden und direkten Momente werden vom Verf. kurz berührt.

A. Mijnlieff (Breukelen).

12) Mundé. Über gleichzeitige Ausführung mehrerer gynäkologischer Operationen.

(New York med. journ. 1889. Mai 18. p. 534.)

Da viele Verletzungen verschiedener Theile der Geschlechtsorgane durch dieselben Ursachen bedingt sind, so ist sehr natürlich, dass sich häufig mehrere solche

Verletzungen und ihre Folgen an demselben Individuum vorfinden und zur Abhilfe operativer Eingriffe bedürfen; so z. B. Cervix- und Dammrisse so wie Prolaps des retrovertirten und schlecht zurückgebildeten Uterus etc. Aus mehreren Gründen pflegte M. früher die nöthigen Operationen nicht in einer Sitzung auszuführen. Zumal fürchtete er lange Fortsetzung der Narkose, stärkeren Blutverlust, ungünstigen Einfluss der Wundflüssigkeit von einer höher gelegenen Operationsfläche auf das tiefer gelegene Operationsfeld. Auch schien z. B. längere Zeit nöthig, ehe der neugeschaffene Damm das Einlegen Sims'scher Specula gestattete, um Nähte aus der genähten Cervix zu entfernen. Jetzt mit erlangter größerer Geschicklichkeit fallen die ersteren beiden Momente weniger ins Gewicht und auch das letztere ist nicht so wichtig, wenn man sich des Silberdrahtes zur Naht bedient, welchen man ruhig längere Zeit an Ort und Stelle lassen kann. Auch das Katgut würde sich sehr wohl eignen, wenn es nicht so schwierig wäre, mit diesem schlüpfrigen Stoff hoch in der Scheide zu nähen. In den letzten 4 Jahren pflegt daher M. lieber in einer Sitzung zu operiren, um Zeit und Kosten zu sparen.

Lühe (Demmin).

13) Charles Edward Underhill (Edinburg). Einige Fälle von puerperaler Septikämie, durch Verunreinigung der umgebenden Luft verschuldet.

(Edinb. med. journ. 1888. Mai.)

Es ist vielleicht nicht unnütz auf diese Quelle der Infektion hinzuweisen; dieselbe könnte sonst, bei der fast ausschließlich beachteten Desinfektion von Bett, Kreißenden, Händen und Instrumenten, zum Nachtheil von Kranken und Arzt übersehen werden.

Verf. schildert 4 derartige Fälle, einer betrifft einen Abort in einem Raum, der durch eine lang eiternde Wunde einer anderen Person inficirt ist; Exitus; die drei anderen betreffen Luftverunreinigung durch Kanalgas im Wochenzimmer, septische Erkrankung ohne sonst nachweisbare Ursache, Heilung durch Umlagerung.

Zeiss (Erfurt).

14) Adrian Pic (Lyon). Tumor des Nabels.

(Lyon méd. 1888. December 16.)

Die 22jährige Kranke — einmal spontan geboren — bemerkte den Tumor, zuerst von Nussgröße, vor 15 Monaten; leicht unter dem Finger beweglich; zuerst langsam, seit 6 Monaten rasch wachsend. Jetzt ist der ganz oberflächlich gelegene Tumor von der Größe eines ausgetragenen Fötuskopfes; hart, elastisch, mit gedämpfter Perkussion, von glatter, nur an manchen Stellen etwas unebener Oberfläche; ohne Veränderung der darüber verschieblichen Haut; überall, außer ganz in der Tiefe, gut zu umgreifen; fixirt durch Kontraktion der Muskeln der Bauchwand; bei Athembewegungen unbewegt bleibend, ohne Verbindung mit den Genitalorganen, ohne Alteration des Allgemeinzustandes.

Auf Grund dieses Befundes und der Anamnese wurde die Diagnose Fibrosarkom, ausgehend von der Fascie, gestellt; der Tumor enukleirt — am Boden ziemlich schwierig, aber ohne Verletzung des Bauchfells, Wunde, ohne Drains, durch tiefe und oberflächliche Metallsuturen geschlossen. Heilung prompt. Diagnose durch mikroskopische Untersuchung bestätigt.

Zeiss (Erfurt).

15) Gill Wylie (New York). Chirurgische Behandlung der fixirten Retroversio uteri. Neue Methode der Kürzung der runden Mutterbänder.

(Amer. journ. obstetr. 1889. Mai.)

Retroversion komplicirt durch Adhäsionen ist fast stets die Folge von Salpingitis, doch giebt es einzelne Fälle, in welchen die Tuben und Eierstöcke nicht wesentlich betheiligt sind. Mit den letzteren will sich W. beschäftigen. Gelingt es nicht durch mechanische Behandlung die Adhäsionen zu lösen, den Uterus beweglich zu machen, so ist die Laparotomie indicirt. W. hat in mehr als zwei-

hundert Fällen wegen Erkrankung der Tuben und Eierstöcke den Bauchschnitt gemacht; meistens bestand Rückwärtslagerung der Gebärmutter. In mindestens 90 Procent der Fälle waren die Eierstöcke und Tuben erkrankt; die Adhäsionen bestanden darin, dass die breiten Mutterbänder nach rückwärts um die Eierstöcke gerollt waren in einer Weise, dass hierdurch die Gebärmutter nach rückwärts gezogen wurde. Meistens war der Gebärmuttergrund frei beweglich und nur etwa in 10 Procent der Fälle war dieselbe fixirt durch Adhäsionen des Bauchfells, während die Tuben frei blieben. In solchen Fällen lässt die mechanische Behandlung häufig im Stich; der forcirten Zerreißung solcher Adhäsionen ist der Bauchschnitt entschieden vorzuziehen, da es einerseits schwer gelingt, die Verwachsungen zu lösen, andererseits dieselben, wenn wirklich durchtrennt, die Neigung haben, wieder zusammenzuwachsen; vor allen jedoch, da die Gefahr nahe liegt, dass es sich um Erkrankungen der Adnexe handelt, bei welchen forcirte Bewegungen leicht üble Folgen haben könnten. W. verfährt dahn der Art, dass er die runden Mutterbänder in der Mitte fasst, in die Bauchwunde heraufzieht, die innere Seite derselben leicht wund schabt, durch drei Suturen, welche um die Bänder verlaufen die wund gemachten Flächen derselben an einander heftet und auf diese Weise sie durch Faltung verkürzt. W. hat dieses Verfahren zuerst vor 3 Jahren versucht und seit der Zeit in mehreren Fällen mit günstigem Erfolge wiederholt. Dasselbe ist zuerst im Juli 1888 in der Pittsburgh Review veröffentlicht.

Engelmann (Kreuznach).

16) Nijhoff (Amsterdam). Beiträge zu der aktiven Behandlung des Abortus.

(Nederl. tijdsch. von Verlosk., Gynäk. I. Jahrg. No. 2.)

Verf., dessen Principien für Abortusbehandlung schon früher von mir referirt sind, giebt auf Veranlassung 16 von ihm behandelter Fälle eine mehr detaillirte Beschreibung des Verfahrens.

Besonders hebt er die Nothwendigkeit hervor, den Muttermund gut sichtbar zu machen, wozu er besonders das zweiblättrige Collin'sche Speculum empfiehlt. Auf diese Art kann man Alles à vue behandeln und braucht den Uterus nicht herabzuziehen, was doch nicht immer so ganz ungefährlich ist.

Was die Curette betrifft, so benutzt er am liebsten die Olshausen'sche. Nur in 2 Fällen irrigirte er den Uterus nach dem Curettement, da diese beiden eine sehr erhöhte Temperatur nachwiesen, sonst wischt er die Uterushöhle mit einem in 1‰iger Sublimatlösung oder 5%iger Karbollösung getränkten Charpiebäuschchen aus, nach sorgfältiger Reinigung der Instrumente und des Genitalkanals.

In allen Fällen führt er nach der Operation 20%ige Jodoformgazestreifen ein, zur Beförderung der Kapillardrainirung der Gebärmutter und zur Verhütung der möglich von außen eindringenden Infektionskeime. Nach 3 Tagen, wenn die Flüssigkeitsströmung aus dem Uterus nachgelassen hat, werden die Tampons herausgenommen, und in einzelnen Fällen die Vagina irrigirt. Nach dem Evidement der Gebärmutter wird der Pat. Bettruhe empfohlen und zwar am liebsten noch 24 Stunden nach der Entfernung der Tampons.

Verf. befürwortet sehr dringend das aktive Verfahren in der Abortusbehandlung, nämlich in solchen Fällen, wo das Ausstoßen des Eies nicht mehr verhütet werden kann, oder wenn noch Eireste im Uterus geblieben sind.

A. Mijnlieff (Breukelen).

17) Fanny Berlin (New York). Fall von ante-uteriner Hämatocele. Laparotomie. Heilung.

(Amer. journ. obstetr. 1889. Mai.)

Bei einer 38jährigen Nullipara zeigte sich nach wiederholten heftigen Schmerzanfällen eine Geschwulst, prall, elastisch, kindskopfgroß oberhalb der Symphyse. Uterus von normaler Größe nach rückwärts gedrängt. Probeincision. Es fand sich eine Geschwulst, welche bei der Punktion ca. 400 ccm blutiger Flüssigkeit entleerte und mit Blase und Darm zahlreiche Verwachsungen eingegangen war.

Engelmann (Kreuznach).

18) Albert E. Morison (Edinburg). Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Edinburg med. journ. 1888. September.)

Bei der Eröffnung des Bauchfells kommt man zunächst auf das Netz, welches mit seiner hinteren Fläche dem bis zum Nabel reichenden Fruchtsack adhärent ist. Nach Durchtrennung desselben wird auf den Tumor eingeschnitten, da nach weiterer Exploration durch die nach oben erweiterte Incision die Verwachsungen sich als zu ausgedehnt erwiesen, um eine Ausspülung in toto zu erlauben. — Eine kolossale Blutung aus der angeschnittenen Placenta entsteht und daher wird zunächst ein Schwamm in die Incision gestopft, der Sack an die Bauchwunde genäht; deren übrige Ränder oben und unten, unter Belassung eines Drains im Peritonealraume vereinigt.

Am folgenden Tage wurde der Schwamm, er stak in einem Raum zwischen Placenta und Eihäuten, entfernt und durch einen Gazetampon ersetzt. Am folgenden Drain entfernt. 7 Tage später $^3/_4$ Liter blutige Flüssigkeit aspirirt; weitere 14 Tage später wird der Fötus — dem 2. Monat entsprechend, — entfernt; beim Versuche, die Placenta zu entfernen, erneute heftige Blutung. Hiernach schließt der Sack sich allmählich und die Kranke genas.

Zeiss (Erfurt).

19) van der Hoeven (Haag). Sectio caesarea nach Porro.

(Nederl. tijdschr. voor Geneeskunde 1888. No. 19.)

Frau O., 40 Jahre alt, hat 10mal lebende Kinder geboren, von welchen noch 2 am Leben sind. 3mal wurde sie per forcipem entbunden, 1mal Adhäsion der Placenta. Abortus ist nicht vorgekommen. Bei der Geburt hatten alle Kinder eine tiefe Eindrucksstelle am Schädel gezeigt.

Am 22. April kam sie zum 10. Mal in partum mit heftigen Krampfwehen. Um 11 Uhr Morgens war die Muttermundsöffnung markstückgroß mit einer kleinen Fruchtblase. Am nächsten Morgen war die Öffnung eine vollkommene: der Kopf hochstehend auf dem Beckeneingang. Als der Arzt K. die Zange applicirte, rutschte diese jedes Mal ab. Auch die Wendung war nicht möglich.

Als v. d. H. 7 Uhr Abends die Frau besuchte, fand er sie mit kaum fühlbarem Puls und kalter, etwas feuchter Haut ängstlich stöhnend im Bett sitzend. Die Gebärmutter war fest um die Frucht zusammengezogen, die Herztöne nirgends zu hören. Das Fruchtwasser war schon lange vorher abgegangen. Das Kind befindet sich in Gesichtslage, 2. Position. Das Promontorium lässt sich leicht mit dem Finger erreichen, eben so kann man die ganze Linea innominata abtasten. Die Conjugata vera maß approximativ 8—8$^1/_2$ cm.

Es wurde noch einmal der Forceps versucht, aber dieser rutschte jedes Mal vom Schädel ab. Nachher versuchte man die Wendung in der Narkose zu machen, doch sobald die Hand neben dem Kopfe eindringt, bemerkt man einen großen Riss in der Gebärmutter. Der abgerissene Uterus ist um den Hals der Frucht so stark geschnürt, dass man nicht ins Cavum uteri eindringen kann. Die Sectio caesarea war also indicirt. Schnell wird der Bauch geöffnet, der Uterus nach Müller herausgewälzt und das todte Kind ohne Beschwerden durch den großen Riss am Kopfe herausgezogen, wonach die Placenta folgte. Nach elastischer Umschnürung der Gebärmutter an der tiefsten Stelle wird dieselbe amputirt.

Der Riss im Fornix unter der elastischen Schnur wird mit einem Katgutfaden geschlossen, worauf die Blutung vollständig aufhört. Aus dem Stiel kommt kein Blut. In der Bauchhöhle ist nur wenig Blut. Intraperitoneale Stielbehandlung.

Die stark collabirte Frau erholte sich bald nach Ätherinjektionen und warmem Kognakgrog. 2 Stunden nachher bekam sie noch 1mal Äther subkutan. Als K. um 5 Uhr Morgens in aller Eile herbeigerufen wurde, war die Frau schon verschieden.

Die Autopsie wurde verweigert.

A. Mijnlieff (Breukelen).

20) Hubbard W. Mitchell. Mastdarmfistel beim Weibe und ihre Heilung durch Naht.

(Med. record 1889. Mai 4. p. 485.)

M. will die Wunde, welche bei der gewöhnlichen Operation der Mastdarmfistel gesetzt und durch Abtragung alles Kranken möglichst rein hergestellt ist, dann durch einige Silberdrahtnähte schließen. Er hat durch dies Verfahren völlige Heilung per primam eintreten gesehen und hierdurch die Heilungsdauer sehr erheblich abgekürzt. Natürlich liegt kein Grund vor, dies nur auf die Mastdarmfistel des Weibes zu beschränken, man kann auch beim Manne ganz eben so vorgehen. **Lühe** (Demmin).

21) Taylor. Primäres Melanosarkom der Vulva.

(New York med. journ. 1889. Juli 6. p. 1.)

T. hat aus der Litteratur 6 Fälle von primärem Melanosarkom der Vulva zusammengestellt und zwar je einen von Göth, Terrillon, Müller, Haeckel, Bailly und Fischer, denen er noch einen selbst beobachteten hinzufügt. Es beginnt als kleiner rother oder purpurner Fleck in den tieferen Theilen der Schleimhaut, wird dann zum Knoten, der in der Schamspalte eine längliche Gestalt anzunehmen pflegt und wächst endlich zur gestielten Geschwulst aus, nur selten fehlte der Stiel. Ist die Geschwulst sehr groß, so wird ihre Oberfläche warzig, oft sogar fungös und sondert eine stinkende Flüssigkeit ab, ist oft auch mit Schorf bedeckt. Auch centrale Erweichung kommt vor, wenn auch seltener als Oberflächenzerfall. Mit den tieferen Geweben und Fascien pflegt Verwachsung zu bestehen, so dass die Beweglichkeit nicht groß ist. Das Wachsthum ist verschieden schnell, die weitere Verbreitung der Krankheit im Körper vermitteln die Lymphgefäße. In Verf.s Fall trat eine Metastase im Gehirn und zwar im *Pons* ein, doch ist der Zeitpunkt, in welchem es zu Metastasen kommt, gleichfalls recht verschieden. In den aufgeführten Fällen war der Erfolg der Operation kein guter, die Ausbildung der Metastasen wurde meist nicht verhindert, doch pflegte unmittelbar erhebliche Erleichterung einzutreten. Die stumpfe Enukleation dürfte die beste Methode für die Entfernung sein, welche natürlich thunlichst früh vorgenommen werden muss. **Lühe** (Demmin).

22) Felcki (Budapest). Über Bartholinitis.

(Gyögyaszat 1889. No. 35.)

Verf. bestreitet, dass eine Entzündung der Bartholini'schen Drüsen stets für Blennorrhoe spräche; er sah in seiner Praxis mehrere Fälle (von denen er zwei ausführlich mittheilt), bei denen jede gonorrhoische Infektion bestimmt ausgeschlossen werden konnte. **Temesváry** (Budapest).

23) Dirner (Budapest). Über die Antiseptik der Tupelostifte.

(Budapesti Niv. Ovosegyesület 1889. Mai 18.)

D. zieht die Tupelostifte den Laminarien vor, weil sie auch in gequelltem Zustande glatt sind, während die Laminariastifte scharfe Hervorhebungen bekommen und so beim Herausziehen die aufgelockerte Cervicalschleimhaut leicht verletzen, und er theilt dann eine neue (in der Privatpraxis viel zu umständliche) Methode mit, um die Stifte zu sterilisiren. Jeder einzelne Tupelostift wird in ein reagensglasförmiges Rohr eingeschmolzen und 3 Tage hindurch (täglich $^1/_2$ Stunde lang) in strömendem Dampf bei 100° erhitzt. **Temesváry** (Budapest).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu Medicinischer Anzeiger und ein Prospekt über Tamarinden-Konserven (Tamar Indien) von Apotheker C. Kanoldt Nachfolger in Gotha.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 6. **Sonnabend, den 8. Februar.** **1890.**

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASSN. FEB 18 1890

Inhalt: I. **B. S. Schultze**, Athembewegung und Herzaktion asphyktischer Früchte. Einfluss künstlicher Athmung auf die Cirkulation. — II. **R. Frommel**, Über operative Behandlung des retroflektirten Uterus. (Original-Mittheilungen.)

1) **Allwright**, Anästhetica. — 2) **Carry**, Dammschutz. — 3) **Mandelstamm**, Rachitis. — 4) **Wythe Cook**, Das Versehen. — 5) **Lathorn Smith**, Apostoli's Methode. 6) Gynäkologische Gesellschaft zu Berlin. — 7) **Pinard**, Jahresbericht. — 8) **Torggler**, Schwangerschaft nach Kaiserschnitt. — 9) **Södermark**, Prolapsus urethrae. — 10) **Söderbaum**, Laparotomie. — 11) **Tillmann**, Carcinoma ovarii. — 12) **Bergh**, Herpes menstrualis. — 13) **Reboul**, Cysten der Gartner'schen Kanäle. — 14) **Altmann**, Defectus uteri. — 15) **van der Weerd**, Fistula uretero-uterina. — 16) **Wetherby**, Blutlose Geburt.

I. Athembewegung und Herzaktion asphyktischer Früchte. Einfluss künstlicher Athmung auf die Cirkulation.

Von

B. S. Schultze in Jena.

Die werthvollen Beobachtungen an lebend abortirten Früchten, welche Glöckner in No. 1 dieser Zeitschrift mittheilt, veranlassen mich zu einer kurzen Bemerkung in Betreff Erklärung der beobachteten Erscheinungen.

Die 16, 17 und 23 cm langen Früchte lebten $1^1/_2$, 1 und $^1/_2$ Stunde nach der Geburt. Sie machten kräftige Inspirationsbewegungen bei geöffnetem Munde. Bei der einen Frucht hob sich alsbald nach der Inspiration der zuvor auf 90 Schläge gesunkene Herzschlag wieder auf 140 Schläge in der Minute. Auch bei den anderen Früchten schien jedes Mal nach der Inspirationsbewegung die Intensität und Frequenz der Herzaktion sich etwas zu heben. Die Lungen wurden bei allen drei Früchten durch die Sektion als luftleer erwiesen. Im Magen fanden sich je 3, 4 und 5 der Größe nach verschiedene Luftblasen, welche aus dem zuvor unterbundenen, unter Wasser geöffneten Magen der Reihe nach entwichen.

Glöckner sagt in Bezug auf die Steigerung der Herzaktion in unmittelbarem Gefolge der Inspirationsbewegung der Früchte: »Anscheinend entnahmen die Gefäße, welche die Magenwandungen durchziehen, aus der eingeführten Luft Sauerstoff auf, da man ein Wiederansteigen der Intensität und Frequenz des Herzschlages nach den ersten ausgiebigeren Inspirationsbewegungen konstatiren kann und mit dem Schwächerwerden der Athmung auch der Pulsschlag an Zahl und Stärke abnimmt.«

Dass die Gefäße der Magenwand den Sauerstoff der verschluckten atmosphärischen Luft resorbiren und dafür Kohlensäure abgeben können, steht fest; eben so steht fest, dass durch Wiederherstellung des normalen Gaswechsels im fötalen Blut die zuvor durch Unterbrechung desselben gesunkene Herzaktion wieder zur normalen Frequenz zurückgeführt werden kann.

Qualitativ, um mich so auszudrücken, wären also die Bedingungen gegeben, welche den von Glöckner vermutheten ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Eintritt atmosphärischer Luft in den Magen und der Erstarkung der Herzaktion stützen könnten; ob aber dem minimalen an der Magenwand möglicherweise stattgefundenen Gaswechsel ein Antheil an der beobachteten Änderung der Herzaktion wirklich zugeschrieben werden darf, muss sehr zweifelhaft erscheinen eben wegen der im günstigsten Falle minimalen Ausdehnung eines solchen.

Und ein anderer zweifellos stattfindender Effekt der Inspirationsbewegung, welchen Glöckner nicht erwähnt, erklärt vollkommen die fragliche Erscheinung, das ist der mechanische Einfluss der Inspirationsbewegung auf das Herz. Derjenige Unterschied in der Spannung der Blutsäule sowohl in den großen Körperarterien als auch in den großen Körpervenen, welcher durch die Ex- und Inspiration jedes Mal hervorgebracht wird, übertrifft den durch einmalige Systole und Diastole des Herzens bewirkten. In der Jugularvene übertrifft die durch gewöhnliche Inspiration bewirkte Abnahme des Druckes um das Doppelte die durch die Herzdiastole bewirkte; bei tiefer Inspiration ist die Abnahme die vierfache[1]. Das ist der Ausdruck davon, dass mehr noch als durch jede Herzdiastole durch jede Inspiration das Blut der großen Körpervenen genöthigt wird, sich ins Herz zu ergießen; der vermehrte Zufluss von Blut ist im Stande, die erlahmende Herzaktion wieder neu zu beleben.

Mir liegt namentlich desshalb daran, dass die Kenntnis von dem mechanischen Einfluss kräftiger Athembewegungen, spontaner wie künstlicher, auf die Hebung zuvor gesunkener Herzaktion den jungen Geburtshelfern nicht etwa verloren gehe, weil diese Kenntnis die Basis bildet für richtige Würdigung der verschiedenen Methoden der Wiederbelebung tief Asphyktischer.

---

[1] C. Ludwig, Beiträge zur Kenntnis des Einflusses von Respirationsbewegungen auf den Blutlauf im Aortensystem. Müller's Archiv 1847. p. 242. — Derselbe, Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Bd. II. 2. Aufl. 1861. p. 178.

Ich zog die Nutzanwendung jener hochwichtigen physiologischen Thatsachen auf die Wiederbelebung scheintodt geborener Kinder, als ich in den 50er Jahren Assistent an der Berliner Universitätsfrauenklinik war. Veröffentlicht habe ich die Resultate meiner betreffenden Erfahrungen erst nach mehrjähriger Prüfung[2].

Bei den von Glöckner beobachteten Früchten wurde desshalb nach den einzeln erfolgenden Inspirationsbewegungen der Herzschlag wieder für kurze Zeit kräftiger und frequenter, weil durch die Inspirationsbewegung der (um diese Zeit gemeinschaftliche) Vorhof aus den außerhalb des Thorax gelegenen Venenstämmen einmaligen neuen Zufluss erhielt und die Ventrikel wieder mit Blut speiste.

Bei zur Reife entwickelten Neugeborenen, bei denen die Inspirationsbewegung gleichzeitig die Lungen mit Luft zu füllen im Stande ist, kann bei mäßiger Asphyxie die erste Inspirationsbewegung mit der Athmung auch die Cirkulation für die Dauer wieder in Gang bringen. Ist aber die Asphyxie tief oder ist, wie bei den unreif geborenen Früchten, der Erfolg der Inspirationsbewegung für die Lungen gleich Null, so hat der einmalig vermehrte oder in langem Intervall nur sich wiederholende Zufluss von Blut zum Herzen nur eine vorübergehende Beschleunigung seiner Aktion zur Folge.

In rhythmischem Wechsel sich wiederholende In- und Exspirationen, wie wir sie durch wechselnde Expansion und Kompression des Thorax zu Stande bringen können, vermögen in Fällen tiefer Asphyxie eine dauernde Wiederherstellung der Herzaktion zu bewirken, und es ist, namentlich bei schon halb gelähmtem Herzen, welchem zur Wiederaustreibung des Blutes die Energie fehlt, die der Inspiration nachfolgende exspiratorische Kompression des Thorax und damit des Herzens von besonderem Werth.

Wir können sogar, nachdem das Herz seine Thätigkeit bereits eingestellt hat, nachdem der Spannungsunterschied zwischen venöser und arterieller Blutbahn sich bereits ausgeglichen hat, die gesammte Cirkulation also bereits stagnirt, durch abwechselnde Expansion und Kompression des Thorax diesen Spannungsunterschied wieder herstellen und dadurch die kapillare Cirkulation wieder in Gang bringen. (Kraske gelang das sogar an nicht mehr frischen Leichen Erwachsener[3].) Wenn wir dabei gleichzeitig sauerstoffhaltige Luft durch die Lungen ein- und ausstreichen lassen, so sind wir — selbst ohne dass Kontraktion des Herzmuskels stattfindet — im Stande, sauerstoffhaltiges Blut durch die Gewebe des Körpers cirkuliren zu lassen und also, wenn die Erregbarkeit der Nervencentren noch nicht definitiv erloschen ist, das Leben, das durch kein Symptom sich mehr verrieth, wieder anzufachen.

---

[2] Über die beste Methode der Wiederbelebung scheintodt geborener Kinder. Jenaische Zeitschrift für Medicin und Naturwissenschaft. Bd. II. Leipzig 1866. — Der Scheintod Neugeborener. Sendschreiben an C. Ludwig. Jena 1871.

[3] Kraske, Über künstliche Athmung und künstliche Herzbewegung. v. Langenbeck's Archiv Bd. XXXVI. Hft. 4.

Gleichgültig kann es schon für die Leistung der Lungen nicht sein, ob der Eintritt und der Austritt der atmosphärischen Luft mit Steigerung oder mit Verminderung des intrathorakalen Druckes stattfindet; für Wiederherstellung tief gesunkener Herzaktion ist es geradezu entscheidend, dass in rhythmischem möglichst umfangreichem Wechsel der intrathorakale Druck schwanke. Die inspiratorische Verminderung des Druckes saugt das venöse Blut in die Vorhöfe und lässt es in die Ventrikel treten, die exspiratorische Drucksteigerung entleert die Ventrikel in die Arterienstämme; umgekehrte Bewegung des Blutes ist durch die Klappenvorrichtung ausgeschlossen. Es wird also mit jedem Wechsel von In- und Exspiration, selbst wenn das Herz zunächst nicht aktiv mitwirkt, ein Quantum Blut aus den Venenstämmen in die Arterienstämme hinübergeschafft, die Spannungsdifferenz wieder hergestellt, welche nun auf dem Wege der Kapillaren, also mit Wiederaufnahme der Cirkulation in den Geweben, einer Ausgleichung zustreben muss.

Es kann natürlich nur diejenige künstliche Athmung diesen Effekt für das Herz und für die Kapillarcirkulation haben, welche bei der Inspiration den Druck im Thorax vermindert, bei der Exspiration ihn vermehrt; und darin eben liegt das Kriterium für den Werth der verschiedenen Wiederbelebungsmethoden. Denn wenn wir bei ganz tief gesunkener Herzaktion und bei fast stagnirender Kapillarcirkulation noch so lebhaften Luftwechsel in den Lungen bewirken, so kann das fast stagnirende Blut doch nur sehr wenig Sauerstoff aufnehmen und von dem wenigen aufgenommenen kann nichts oder fast nichts zu den Centralorganen des Nervensystems gelangen, deren schon sehr herabgesetzte Erregbarkeit dann bald erlischt.

Für die Wiederbelebung tief asphyktischer Neugeborener kommt außer der von mir angegebenen künstlichen Athmung mittels Schwingen des Kindes fast nur noch das Lufteinblasen in Anwendung.

Wenn wir Luft in die Lungen einblasen, vermehren wir mit der Inspiration den intrathorakalen Druck. Würden wir von selbst die Luft wieder ausstreichen lassen, so würde allerdings nun bei der Exspiration durch die elastische Zusammenziehung der Lungen das Herz ein wenig von Druck entlastet werden. Drücken wir behufs Exspiration den Thorax von vorn und von unten zusammen, so vermehren wir bei der Exspiration von Neuem den Druck im Thorax. Kurz, es sind bei der künstlichen Athmung mittels Lufteinblasen allein die durch zeitweises Nachlassen des Druckes bedingten Schwankungen, welche auf das Herz in vortheilhaftem Sinne einwirken können, und diese Schwankungen sind namentlich beim Neugeborenen sehr gering.

Das Lufteinblasen, besonders das erste, beschleunigt ja fast regelmäßig sofort die Herzaktion, muthmaßlich dadurch, dass es das in den Lungen befindliche Blut zum Herzen drängt, und bei nur mäßig tief asphyktischen Kindern genügt das in Verbindung mit der Ventilation der Lungen, um die Herzaktion dauernd zu heben, um die Erregbarkeit der Medulla wieder herzustellen und die Athmung in

Gang zu bringen. Sehr viele asphyktisch geborene Kinder werden durch Lufteinblasen wieder belebt.

Es giebt aber einen Grad von Asphyxie, dem gegenüber das Lufteinblasen regelmäßig versagt. Wenn der Unterschied der Spannung in der arteriellen und in der venösen Blutbahn schon beinahe sich ausgeglichen hatte, ist die durch Lufteinblasen herbeigeführte Anregung der Herzthätigkeit eine kurz vorübergehende, die zweite, die dritte künstliche Inspiration macht wohl noch eine kurze Beschleunigung des Herzschlages, dann erlahmt die Cirkulation ohne Aufenthalt. In dieser tiefsten Asphyxie, selbst wenn mit vergeblichem Lufteinblasen schon kostbare Zeit verloren ist, kann die künstliche Athmung mittels Schwingen das Kind noch zum Leben bringen. Die Einathmung geschieht dabei durch Hebung der Rippen mit Hilfe des ganzen Körpergewichtes des Kindes und durch gleichzeitiges Abwärtstreten des Zwerchfells in Folge des Zuges der Baucheingeweide, die Ausathmung durch Kompression des Thorax von den Rippen aus und vom Bauch her wiederum mit Hilfe des Körpergewichts. Es werden dadurch Druckschwankungen im Thorax gesetzt, ganz analog denen der normalen In- und Exspiration, und zwar erheblich bedeutendere. Gleichzeitig mit ausgiebigem Luftwechsel in den Lungen wird mit der Inspiration reichlich aus den Venen Blut vom Herzen angesogen, mit der Exspiration reichlich aus den Ventrikeln in die Arterienstämme gepresst. Es wird also bei fast stagnirender Cirkulation das Blut aus den Venen wieder in die Arterien hinübergeschafft, der normale Spannungsunterschied wieder hergestellt und damit die Kapillarcirkulation wieder in Gang gesetzt. In den Lungen wird dadurch von dem wieder schnell cirkulirenden Blute reichlich Sauerstoff aufgenommen und der reichlicher aufgenommene Sauerstoff cirkulirt schneller im Körper, stellt die Gewebsathmung wieder her, auf deren Herstellung es bei tiefer Asphyxie ja wesentlich ankommt, so dass, wenn die Erregbarkeit der Nervencentra überhaupt wieder hergestellt werden konnte, dieser Erfolg erreicht wird.

Genaue Anleitung, in welcher Weise die künstliche Athmung mittels Schwingen ausgeführt werden muss, ist in den oben angeführten Arbeiten enthalten, eben so in dem Artikel Asphyxie in Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten und in den letzten Auflagen meines Lehrbuches der Hebammenkunst.

Den Erfolgen der Wiederbelebung Neugeborener durch künstliche Athmung mittels Schwingen stehen gleichwerthig zur Seite die in gleicher Weise besseren Erfolge für Wiederbelebung Erwachsener durch diejenigen Methoden, welche ebenfalls die Inspiration durch Diduktion der Thoraxwandungen, die Exspiration durch Kompression bewirken, besonders also das mit Marshall Hall's Verfahren kombinirte Silvester'sche.

Ich weiß, dass da und dort an den alten Methoden der Wiederbelebung, speciell am Lufteinblasen, noch festgehalten wird. Der Umstand, dass in der Eingangs citirten Mittheilung aus der Berliner

Universitätsfrauenklinik die Beschleunigung des Herzschlages, welche der Inspirationsbewegung der absterbenden Früchte alsbald folgte, davon abgeleitet wird, dass die Gefäße des Magens aus der verschluckten Luft anscheinend Sauerstoff aufnahmen, ließ mich befürchten, dass die mechanische Einwirkung respiratorischer Thoraxbewegungen auf die Herzaktion ausreichender Würdigung entbehre. Da gerade diese aber im Scheintod der Neugeborenen an erster Stelle zu verwerthen ist, wollte ich nicht unterlassen, bei dieser Gelegenheit ihr zu besserer Anerkennung zu verhelfen.

II. Über operative Behandlung des retroflektirten Uterus.

Von

Prof. Dr. **R. Frommel** in Erlangen.

Auf dem vorjährigen Kongress der deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Freiburg habe ich mich gelegentlich der Debatte über die Ventrofixatio uteri als Gegner dieser Operationsmethode bekannt, weil ich von der Ansicht ausging, dass durch dieselbe aus einer pathologischen Lage der Gebärmutter eine andere geschaffen werde. Bei dieser Gelegenheit erwähnte ich eines von mir nach einer anderen Methode operirten Falles dieser Art. Da die von mir ausgeführte Operation theils falsch, theils unverständlich in den einzelnen Zeitschriften referirt worden ist, möchte ich Angesichts des erhöhten Interesses, welches die operative Behandlung der Retrodeviationen des Uterus durch zahlreiche Publikationen, so wie durch die Diskussionen über dieses Thema auf der Naturforscherversammlung in Heidelberg und in der gynäkologischen Gesellschaft zu Berlin wachgerufen hat, eine kurze Schilderung meines Verfahrens geben.

Wir haben wesentlich durch das Verdienst von B. S. Schultze kennen gelernt, welch bedeutende Rolle die Retraktoren des Uterus bei der Erhaltung der normalen Lage der Gebärmutter spielen, und dass durch deren Erschlaffung hauptsächlich die Möglichkeit zu einer dauernden Rückwärtslagerung des Uterus gegeben ist. Desswegen suchte ich die Douglas'schen Falten zum Angriffspunkt beim operativen Verfahren in der Art zu nehmen, dass ich dieselben in irgend einer Weise straff zu machen suchte. Der Gang der Operation war nun der, dass ich zunächst die Kranke auf dem Operationstische in der von Veit empfohlenen Trendelenburg'schen Art und Weise lagerte, d. h. bei der Kranken wurde die Beckenpartie stark hochgelagert, wodurch die Darmschlingen aus dem Becken heraustraten und die Beckenorgane in sehr bequemer Weise zugänglich wurden. Darauf wurde der Uterus aus seinen Verwachsungen gelöst und stark nach vorn gezogen. Nun wurden beide Ligamenta rectouterina in der Nähe ihres Abgangs vom Uterus mit je einer Nadel umstochen und an dem Peritoneum der seitlichen Beckenwand angenäht. Ich erreichte dadurch, dass die schlaffen Ligamente, statt mehr oder weniger

gerade nach hinten gegen das Rectum zu verlaufen, nunmehr etwa in einem rechten Winkel und dadurch ziemlich straff gespannt nach hinten verliefen. Der Effekt bei der Operation war auch zweifellos der, dass der Uterus auf diese Art in normaler Lage erhalten wurde. Nach der Rekonvalescenz der Kranken ließ sich nun konstatiren, dass diese Lagerung auch dauernd erhalten wurde, obwohl auf der linken Seite die Fixirung der Douglas'schen Falte an der seitlichen Beckenwand keine dauernde geblieben war. Ich zweifle nicht, dass dieser letztere Umstand durch das von mir gewählte Nahtmaterial bedingt war; ich fixirte nämlich die beiden Retraktoren durch Katgutnähte an der seitlichen Beckenwand und zweifle nicht, dass dieses Nahtmaterial zu früh, d. h. bevor eine feste Verwachsung eingetreten war, resorbirt wurde. Ich würde für ähnliche Fälle in Zukunft Seide oder Fil de Florence wählen.

Die Operation bietet besonders bei der oben erwähnten Lagerung der Kranken auf dem Operationstisch keine besonderen Schwierigkeiten und somit auch keine wesentlich größeren Gefahren, als die Ventrofixatio. Es lässt sich dabei auch das Verfahren in gewissem Grade in so fern individualisiren, dass man bei sehr starker Erschlaffung der Retraktoren die Anheftung derselben an der seitlichen Beckenwand etwas höher nach oben gegen den Beckeneingang zu, bei geringerer Erschlaffung etwas tiefer im Becken vornehmen kann, um so eine je nach Bedürfnis stärkere oder schwächere Streckung herbeizuführen.

Was mir bei meinem Verfahren eben so wie bei der von W. A. Freund vorgeschlagenen Operationsmethode von besonderem Vortheil zu sein scheint, das ist der Umstand, dass der Uteruskörper dabei beweglich bleibt und die hauptsächlich durch die jeweiligen Füllungszustände der Blase bedingten Lageveränderungen jedenfalls in ganz anderer Weise mitmachen kann, als bei der Ventrofixatio. Ich kann außerdem noch hinzufügen, dass bei der von mir operirten Pat. der Uterus ein Jahr nach der Operation in normaler Lage gefunden wurde, trotzdem, wie oben erwähnt, nur die eine Douglas'sche Falte dauernd an der seitlichen Beckenwand fixirt, d. h. gestreckt blieb.

Ich möchte schließlich bezüglich der Indikation zu operativen Eingriffen bei Retrodeviationen nochmals das betonen, was ich bei der Diskussion in Freiburg hervorhob, dass nämlich diese Indikationen nur sehr selten gegeben sind und dass nur diejenigen Fälle sich dazu eignen, bei welchen wir alle anderen milderen therapeutischen Mittel erfolglos erschöpft haben und die Beschwerden der Kranken so hochgradige sind, dass sich eine derartige immerhin eingreifende Operation rechtfertigen lässt. Ich bin seit zwei Jahren nicht mehr in der Lage gewesen, eine Retrodeviation operativ behandeln zu müssen.

1) **Allwright** (Brighton). Geschichte und Gebrauch der Anästhetica in der Geburtshilfe.

(Lancet 1889. September 21.)

Verf. bespricht von den hierher gehörigen Mitteln Chloroform, Chloral und Äther in ihren pharmakologischen Eigenschaften nebst der Art ihrer Anwendung. Die Kontraindikationen sind nach unseren heutigen Ansichten ziemlich eng gestellt und dürften wohl (vgl. v. Herff, Berliner Klinik 1889 No. 50) etwas zu erweitern sein. Die Indikation für Stillung des Schmerzes stellt Pat.; fühlt sie die Wehe herannahen, so genügen einige Einathmungen, sie schmerzlos zu machen. Ob die Erleichterung der Geburt aus anderen Gründen Narkose erheischt, bestimmt der Arzt. Die schmerzhaftesten Momente sind Durchtritt des Kopfes durch Os und Vulva. Verf. citirt Fälle, in denen eine Narkose, wie vorstehend beschrieben, bis zu 31 Stunden hinter einander unterhalten wurde, ohne der Kreißenden zu schaden.

Herdegen (Stuttgart).

2) **Carry** (Lyon). Dammschutz.

(Lyon méd. 1888. September 16.)

C. beschreibt sein »neues Dammschutzverfahren« in der Soc. de sc. méd. de Lyon etwa folgendermaßen: Er legt beide Daumenballen auf die Symphysengegend der Kreißenden, die Zeigefinger beiderseits an die Vulva, die übrigen auf die großen Schamlippen. Bei jeder Wehe schiebt er nun die Gewebe an den Seiten des andrängenden Kopfes hin nach der Kommissur zu, um dort mehr dehnbares Gewebe zur Verfügung zu stellen und zugleich durch entsprechenden Druck ein zu rasches Hervortreten des Kopfes zu verhindern. Es wird ihm hierauf mit Recht erwiedert, dass seine Empfehlung, wie die meisten neueren der Art, an Einseitigkeit in der Berücksichtigung der verschiedenartigen, einen normalen und gesunden Durchtritt des Kopfes bedingenden resp. verhindernden Faktoren leide.

Zeiss (Erfurt).

3) **Mandelstamm** (Kasan). Behandlung der Rachitis mit kleinen Phosphordosen.

(Bullet. génér. de thérap. 1889. Juni 30.)

Während mehr als 2 Jahren hat Verf. 214 verschiedenaltrige, rachitiskranke Pat. behandelt. Von diesen heilten 120, 43 wurden gebessert und bei den letzten 30 musste man das Mittel wegen anderer Krankheiten aussetzen; von diesen sind 5 gestorben. Die Kinder nahmen Phosphor monatelang, sogar bis über 1 Jahr. Die Dosis betrug 1 cg auf 1000 g Leberthran, ein- bis zweimal täglich einen Kaffeelöffel. Nach zweimonatlicher Behandlung wurden die Schädelknochen fester, die Fontanellen und Nähte enger, die nervösen Zufälle und Glottiskrampf wurden seltener und schwächer, die Kranken nahmen an Gewicht zu, der Allgemeinzustand besserte sich. Verf.

hat bei Anwendung des Mittels keine Unannehmlichkeit beobachtet. Er nimmt selbst an, dass Phosphor günstig auf die die Rachitis begleitenden Magenstörungen wirkt. Bei Kranken aber, welche an Intestinalkatarrh mit Meteorismus leiden, müsse man erst diesen heilen vor Anwendung des Mittels. Nach alledem glaubt Verf. Phosphor als ein prompt wirkendes, den Process aufhaltendes Heilmittel bei Rachitis empfehlen zu dürfen. **K. Ruhemann** (Berlin).

---

4) **G. Wythe Cook** (Washington). Können mütterliche Eindrücke einen Einfluss auf die Frucht haben?

(Amer. journ. of obstetr. 1889. September. p. 931.)

C. weist das Unsinnige der Ansicht nach, dass Eindrücke der Mutter einen Einfluss auf die Frucht haben könnten.

Engelmann (Kreuznach).

---

5) **A. Lathorn Smith** (Montreal). Die Erfahrungen eines Jahres mit der Methode Apostoli's.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. August. p. 794.)

»Ehe ich die Methode praktisch versuchte, hatte ich eine übertriebene Meinung von ihrem Werthe. Es folgte die gewöhnliche Reaktion, ich wurde Angesichts schwieriger Fälle entmuthigt. Später, als die Erfolge der Behandlung langsam, doch sicher, sich bemerkbar machten mit der Zunahme der Zahl der Fälle, trat ein fester und dauernder Glaube an die Wirksamkeit der Methode an die Stelle des Zweifels.« Mit diesen Worten, welche nach des Verf. Ansicht die Erfahrung bezeichnen, welche auch andere Kollegen bei dem Versuch mit der Methode Apostoli's gemacht haben, beginnt derselbe einen eingehenden Bericht über seine Erfahrungen während eines nun seit bereits 7 Monaten abgelaufenen Jahres.

Verf. bespricht zunächst die Apparate, empfiehlt den Rheostat als sicherstes Mittel für eine genaue Dosirung des Stromes, giebt eine neue Elektrode an, eine Kombination der Thonelektrode von Apostoli mit der Martin'schen, warnt vor der Anwendung der Galvanopunktur als gefährlich. Er ist der Ansicht, dass eine lytische Wirkung des Stromes nothwendig angenommen werden müsse bei Anwendung starker Ströme bis 200 Milliampères, da bei der Galvanoplastik Ströme von nur 2—3 Milliampères hinreichend seien, um Metalle niederzuschlagen (? Ref.) und nimmt ferner eine direkte Wirkung des Stromes auf die trophischen Nerven an. Zum Schluss theilt er aus einer großen Anzahl von Fällen zwölf kurz mit, unter welchen sich auch ein Fall von Carcinom befindet. Es handelte sich um Carcinom der Portio, dieselbe, sehr stark angeschwollen, blutete bei der leisesten Berührung, das Gewebe zeigte sich so brüchig, dass der Haken jedes Mal ausriss. Nach sechs Applikationen waren Schmerzen und Blutung geschwunden, die Anschwellung des Cervix vollständig zurückgegangen bis auf eine Laceration, den Ausgangs-

punkt der Erkrankung. Das Allgemeinbefinden vortrefflich, so dass sich die Kranke für geheilt ansieht.

Aus dem ganzen Aufsatz geht hervor, dass S. noch immer ein sehr enthusiastischer Beurtheiler der Methode ist.

Engelmann (Kreuznach).

Kasuistik.

6) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 10. Januar 1890.

Vorsitzender: Herr Olshausen; Schriftführer: A. Martin.

Der Vorsitzende giebt dem Gefühl tiefer Trauer Ausdruck, welches auch die Mitglieder dieser Gesellschaft aus Anlass des Ablebens Ihrer Majestät der Kaiserin Augusta bewegt. Er hebt besonders die großen Verdienste um die Krankenpflege hervor und den unermüdlichen Eifer, den die hohe Frau auch noch in der letzten schweren Krankheit dem Vortr. selbst gegenüber bethätigt hat.

Die Gesellschaft hat sich erhoben, um diese Ansprache entgegenzunehmen.

Der Vorsitzende überreicht den im November 1889 aufgenommenen Mitgliedern die Diplome und begrüßt sie als eifrige Mitarbeiter in unserer Fachwissenschaft.

Der Antrag des Vorstandes, aus dem disponiblen Fond für das 50jährige Jubiläum der Gesellschaft 1600 Mark für die Festschrift, welche der geburtshilflichen Abtheilung des X. internationalen medicinischen Kongresses dargebracht werden soll, findet Widerspruch von Seiten des Herrn Heyder, der diesen Fond seiner Bestimmung nicht entfremdet wissen will. Die Versammlung beschließt gegen die eine Stimme des Herrn Heyder entsprechend dem Antrag des Vorstandes, da ein anderer Modus zur Beschaffung dieses Betrages nicht gegeben erscheint.

I. Demonstration von Präparaten.

a) Herr P. Ruge demonstrirt einen Uterus, den er wegen anhaltender, jeder Therapie trotzenden Blutungen durch die Vagina entfernt hat. Es handelt sich nicht um bösartige Geschwülste, sondern nur um eine hochgradige Metritis und Endometritis und ein kirschgroßes intramurales Myom.

Derselbe demonstrirt einen Uterus, den er wegen Carcinom der Portio bei gleichzeitiger mehrfacher Fibrombildung durch die Vagina entfernt hat.

b) Herr Flaischlen legt ein rechtsseitiges papilläres Kystom vor, welches zum großen Theil carcinomatös degenerirt ist. Er hatte diesen Tumor bereits im Juni 1881 bei Gelegenheit eines Vortrages in der Gesellschaft für Geburtshilfe demonstrirt. Im April 1879 war diese Geschwulst von Herrn P. Ruge durch die Laparotomie entfernt worden. Herr R. hatte damals, schon vor der Operation, die Diagnose auf Carcinom gestellt und trotzdem die Laparotomie vorgenommen. Nach Entfernung des Tumors hatte sich derselbe als ein malign degenerirtes papilläres Kystom erwiesen, dessen einer Theil durch eine kindskopfgroße, solide Krebsgeschwulst gebildet wurde. Die nähere mikroskopische Untersuchung hatte ergeben, dass es sich hier um ein reines Psammocarcinom handelte. Noch jetzt fühlt man, beim Bestreichen der Schnittfläche des Tumors, den eigenthümlich sandigen Charakter desselben.

Bei der Laparotomie waren auf dem Peritoneum im Douglas'schen Raume einige papilläre Wucherungen aufgefunden worden, die einen gutartigen Eindruck machten und zurückgelassen wurden. Am 22. April 1881, zwei Jahre nach der Operation, fand Herr R. die Pat. vollkommen recidivfrei. Die Kranke, welche vor der Operation elend und kachektisch war, hatte sich außerordentlich erholt und sah sehr wohl aus. Am 1. November 1882, $3^1/_2$ Jahr nach der Operation, fand Herr R. einen mannsfaustgroßen Tumor im Douglas. Es hatte sich das Recidiv von den papillären Wucherungen aus entwickelt. Heute, 11 Jahre nach der Entfernung des carcinomatösen Tumors ist die Pat. noch am Leben. Vor einigen Wochen wurde sie in Ruge's und Flaischlen's gemeinschaftliche

Privatklinik aufgenommen. Pat. hatte starken Ascites und große knollige Tumoren in der Bauchhöhle. Es wurden ungefähr 5 Liter blutiger Ascites entleert. Im Sediment der Punktionsflüssigkeit fanden sich zahlreiche kleine, abgestoßene Papillome, von denen F. eins unter dem Mikroskop demonstrirt. Dasselbe zeigt carcinomatösen Bau und enthält erstaunliche Mengen von Psammomkörpern. — Dieser Fall ist in mancher Beziehung analog demjenigen, den F. in der vorletzten Sitzung demonstrirt hatte. Es handelte sich dort um einen anatomisch gutartigen Tumor, der bereits das Peritoneum der Därme inficirt hatte, und 3 Jahre nach der Laparotomie war die Trägerin desselben noch gesund und recidivfrei (Centralbl. f. Gyn. 1890 p. 13).

Hier haben wir einen exquisit carcinomatösen Tumor; trotzdem entwickeln sich die papillären Wucherungen im Douglas innerhalb dreier Jahre nicht weiter, sondern bleiben so lange stationär, um nur ganz langsam — in ca. 8 Jahren — die universelle Infektion des Peritoneum mit Metastasen zu erreichen. — Der Fall beweist mit Sicherheit, dass bereits bei fortgeschrittenem Ovarialcarcinom und eingetretener Infektion des Peritoneum es doch möglich sein kann, durch die Laparotomie das Leben der betreffenden Kranken auf viele Jahre zu erhalten. Dass hier der ausgesprochene psammöse Charakter des Tumors größtentheils die Ursache war für das langsame Wachsthum der Metastasen, soll besonders hervorgehoben werden.

2) Demonstrirt F. einen Uterus, den er bei einer 62jährigen Pat. exstirpirt hat. Dieselbe hatte schon ein Jahr lang an Blutungen und jauchendem Ausfluss gelitten. Trotzdem das Carcinom schon den ganzen Cervix bis über den inneren Muttermund zerstört hatte und im hinteren Scheidengewölbe ein krebsiger Knoten sich befand, waren die Anhänge noch vollkommen intakt und so die Exstirpation möglich. Der Uterus wurde sammt der oberen Hälfte der Vagina entfernt. Die Blase war in großer Ausdehnung mit dem Cervix fest verbunden. Leider wurde die Blase verletzt; die sofortige Naht hatte nicht den gewünschten Erfolg. Es kam zur Bildung einer ziemlich großen Blasenscheidenfistel. In 2 Sitzungen ist es F. jedoch gelungen, dieselbe vollkommen zu schließen. Pat. ist heute, 5 Monate nach der Operation, vollkommen gesund und recidivfrei.

3) Zeigt F. einen Dermoidtumor des Ovarium, der von Herrn P. Ruge durch die Laparotomie entfernt worden ist. Derselbe stellt eine Kombinationscyste dar, theils kolloiden, theils dermoiden Inhalts. Erwähnenswerth ist das Vorkommen von zwei schön ausgebildeten Backzähnen, welche auf einem Knochen wie auf einem Unterkiefer aufsitzen. Daneben findet sich eine aus Panniculus adiposus bestehende Hervorragung, welche mit zahlreichen Haaren und einem Zahne besetzt ist. Mit der Basis dieses Gebildes, durch einen runden Strang verbunden, ist ein drüsenartiger, frei beweglicher Körper, der die Form und Größe einer Submaxillardrüse zeigt. Mikroskopisch besteht diese Bildung, welche im frischen Zustande ödematös angeschwollen war, aus einem Stützgewebe, welches mit Detritus, anscheinend kolloid entwickelten Zellen, angefüllt ist. Leider ist es nicht gelungen, erhaltene epitheliale Elemente aufzufinden. Das Stützgewebe entspricht demjenigen einer acinösen Drüse.

Zur Deutung dieses Präparates von Dermoid bemerkt Herr Olshausen, dass die Zähne solcher Neubildungen nach Angabe des bekannten Hallenser Professor der Zahnheilkunde Holländer der Seite im Munde entsprechen, in deren homonymen Ovarium sie gefunden werden. Er hat seiner Zeit mehrfach die Probe auf diese Angabe gemacht und jedes Mal wurde die Diagnose betreffs des Ursprungs des Dermoid richtig gestellt.

II. Herr Schaeffer hält den angekündigten Vortrag: Über den antiseptischen Werth der Essigsäure in der Geburtshilfe.

Auf dem vorjährigen Gynäkologenkongress zu Freiburg schlug Battlehner gestützt auf die Untersuchungen Engelmann's, vor, an Stelle des Karbols die Essigsäure in der Geburtshilfe zu verwenden. Dieselbe sei ein mindestens so gutes Antisepticum, wie eine gleich starke Karbolsäure, ferner sei sie ungiftig und in jedem Haushalt vorräthig. Die Engelmann'schen Untersuchungen waren in der Weise vorgenommen worden, dass Seidenfäden, welche mit fauligen, bakterien-

reichen Flüssigkeiten imprägnirt waren, der Einwirkung der verschiedenen Antiseptica ausgesetzt wurden. Vortr. weist unter Berufung auf Koch nach, dass diese Methode zu falschen Schlüssen sehr leicht führen könne, da es ganz unzulässig sei, solche vergleichende Versuche über die antiseptische Kraft mehrerer Stoffe an einem Bakteriengemisch vorzunehmen. Das einzig Richtige sei ihre Prüfung auf Reinkulturen. Ein zweiter Grund, welcher eine Nachprüfung der Engelmann'schen Versuche wünschenswerth mache, liege in den veränderten Anschauungen, die man durch eine Arbeit von Geppert über den Werth der Antiseptica überhaupt in jüngster Zeit gewonnen habe. Geppert lehrt nämlich, dass, wenn man einen bisher stets gemachten Fehler, das Mitverimpfen von kleinen Mengen des Desinficiens auf den Nährboden, vermeidet, der wirkliche Werth mancher Antiseptica (z. B. des Sublimats) erheblich geringer ist, als früher allgemein angenommen wurde. Dieser Fehler ist zu umgehen, wenn man vor der Überimpfung auf den Nährboden das Antisepticum aus dem Impfmaterial durch ein »Gegenmittel« herausfällt. In diesem Sinne hat nun Vortr. für die beiden ihn in dieser Arbeit beschäftigenden Antiseptica, die Essigsäure und die Karbolsäure, Gegenmittel zu finden gesucht. Für die Essigsäure sei eine schwache Sodalösung ein sehr gutes »Antidot«; als Gegenmittel für die Karbolsäure schlägt er die Auswaschung des inficirten Seidenfadens mittels 50 g lauwarmen sterilen Wassers vor. Wiewohl eine solche Auswaschung nur eine mechanische Entfernung des Karbols und keine vollständige chemische Ausfällung desselben darstelle, so führt Vortr. doch Gründe an, die diese Elimination des Karbols aus dem Seidenfaden als genügend erscheinen lassen.

Die im Laboratorium des Dr. Veit vorgenommenen vergleichenden Untersuchungen über die antibakterielle Kraft der Essigsäure und Karbolsäure wurden vorgenommen

I. an Milzbrandsporen.

Es ergab sich:

1) eine 33%ige Essigsäure vermochte erst in 20 Minuten die Milzbrandsporen sicher abzutödten;

2) eine 11%ige Essigsäure hatte nach 24stündiger Einwirkung nur abschwächende, nicht abtödtende Wirkung.

Beide Lösungen seien zu intensiv sauer, als dass sie praktisch verwendbar wären.

3) eine 5%ige Essigsäure hatte nach 15tägiger Einwirkung nur abschwächenden, nach 20tägiger Einwirkung erst abtödtenden Erfolg;

4) eine 5%ige Karbolsäure hatte bereits nach 36stündigem Liegen der Sporen in ihr sichere Abtödtung erzielt.

In allen 4 Fällen waren Katgut- oder Seidenfäden benutzt, die mit derselben Sporenaufschwemmung inficirt worden waren. Die Karbolsäure sei also der gleichprocentigen Essigsäure um das 15fache überlegen — auf Milzbrandsporen bezogen.

II. am Staphylococcus aureus.

1) Die 11%ige Essigsäure gebrauchte zur sicheren Abtödtung des Staphylococcus 30 Minuten;

2) die 5%ige Essigsäure tödtete dieselben erst nach 7 Stunden. Nach $6^1/_2$ Stunde Einwirkung gingen die Kulturen, wenn auch verlangsamt, stets noch an. In Folge dieses Ergebnisses nennt Vortr. die 5%ige Essigsäure ein ganz ungenügendes Antisepticum. Dieser geringe antiseptische Werth der Essigsäure mache sich gerade bei der Verwendung in der Praxis geltend, weil es nämlich einen so bedeutenden Unterschied bei allen angestellten Essigsäureversuchen ausgemacht hatte, je nachdem man zwischen Antisepticum und Überimpfung die Neutralisation mit schwacher Sodalösung einschob oder direkt verimpfte. Bei der Anwendung in der Geburtshilfe aber fände eine sehr lebhafte Neutralisation durch die stark secernirenden berieselten Flächen statt, so dass nur der Überschuss der Säure zur Wirkung käme;

3) die 3%ige Karbolsäure erzielte in 2 Minuten stets sichere Abtödtung (bei Anwendung völlig gleicher Kulturen wie vorher).

Daher sei die 3%ige Karbolsäure der 5%igen Essigsäure — auf den Staphylococcus aureus bezogen — um das 210fache an antiseptischer Kraft überlegen.

4) da die 5%ige Karbolsäure bereits in 1 Minute sichere Sterilisation ermöglicht, so sei sie um das 420fache der gleichprocentigen Essigsäure überlegen.

Der von Battlehner gerühmte Vorzug der Essigsäure, dass sie leicht beschaffbar, weil sie als Essig in jedem Haushalt vorhanden sei, bedeute vielmehr eine große Gefahr, da der Essig sehr leicht kahmig werde und es doch höchst bedenklich sei, eine gährende, pilzhaltige Flüssigkeit in das Uterusinnere zu gießen.

---

7) Pinard (Paris). Jahresberichte aus der »Maternité de Lariboisière« für 1887 und 1888.

(Annal. de gynécol. 1889.)

Aus den Statistiken ist zu entnehmen, dass im Jahre 1887 auf 2177 Geburten, die sich auf den inneren und äußeren Dienst vertheilen, 10 Todesfälle kamen, darunter kein Puerperalfieber. (49 Zangen, 10 Wendungen, 3 Basiotripsien, 4 Embryotomien, 9 künstliche Frühgeburten.)

1888: 2267 Geburten mit 15 Todesfällen, darunter 8 Puerperalinfektionen. (63 Zangen, 12 Wendungen, 5 Basiotripsien, 1 Kephalotripsie, 3 Embryotomien, 20 künstliche Frühgeburten.)

Von den 8 Infektionsfällen sind 3 mit Wahrscheinlichkeit inficirt in die Anstalt gekommen.

Die Statistiken der operativen Fälle sind von 1883—1888 mitgetheilt. Hieraus Folgendes: 277 Zangenentbindungen mit 10 Todesfällen, wovon 6 Puerperalfieber.

68 Wendungen, 5 Todesfälle (3 Uterusrupturen, 2 inficirt).

10 Kephalotripsien; 2 Todesfälle durch Infektion. 32 Basiotripsien, 4 Todesfälle, 2 durch Infektion, 1 Uterusruptur.

7 Embryotomien, 3 Todesfälle, 2 Uterusrupturen, 1 Infektion.

Laparotomirt wurde 1mal, wegen Abdominalschwangerschaft.

Die Gesammtmortalität der genannten Jahrgänge betrug 0,74%; die Mortalität an Septikämie allein 0,39%.

Zu erwähnen ist noch, dass P. den Neugeborenen prophylaktisch gegen Ophthalmie Citronensaft in die Augen träufelt, ein Verfahren, welchem er vor dem Credé'schen den Vorzug giebt, ohne Gründe dafür zu nennen.

Heyder (Leipzig).

8) Franz Torggler (Innsbruck). Zur Prognose neuerlicher Schwangerschaft nach konservativem Kaiserschnitte.

(Wiener Klinik 1890. Januarheft.)

Auf Grund einer statistisch-kritischen Studie über diesen gewiss sehr interessanten Gegenstand kommt Verf. in Würdigung des bis jetzt vorliegenden einschlägigen Materials zu folgenden Schlüssen:

Die Fertilität scheint durch den konservativen Kaiserschnitt nicht besonders herabgesetzt zu werden; die größte Prosperität beobachten wir bei den mit Silberdrahtnaht operirten Fällen.

Die Gefahren einer nachfolgenden Schwangerschaft und Geburt, resp. eines neuerlichen Kaiserschnittes werden durch eine vorausgegangene Sectio caesarea nicht auffallend erhöht.

Als die größte Gefahr müssen ausgedehnte oder straffe Verwachsungen zwischen Uterus und Umgebung hingestellt werden; dieselben sind aber seltener nach Anwendung von Silber, als beim Gebrauche von Seide und Katgut zur Uterusnaht.

Als Fortsetzung der früher in Band 26, 28, 30 und 33 des Archivs für Gynäkologie publicirten Fälle von Kaiserschnitt nach der Methode Sänger's, deren Varianten und anderen Nahtverfahren giebt Verf. zum Schlusse eine Tabelle über weitere 34 einschlägige Fälle, wodurch die Gesammtzahl dieser Fälle auf 171 steigt.

Buschman (Wien).

9) **A. Södermark** (Borås, Schweden). 3 Fälle von Prolapsus urethrae feminalis.

(Hygiea 1889. Bd. LI. No. 5. p. 306—307.)

Der Verf. hat sich gewundert, diese Krankheit als recht selten vorkommend erwähnt zu sehen. Verf. hat in 3 Jahren 3 Fälle gesehen. Die Beschwerden, die durch dieselbe hervorgerufen werden, sind nicht unbedeutend. Die Behandlung betreffend zieht er die Entfernung durch Messer oder Schere mit nachfolgender Vernähung der Entfernung durch Ligatur oder Galvanokaustik vor.

1) 58jährige Frau mit Prolapsus uteri, Cystocele und Rectocele behaftet. An der Stelle der Urethralmündung fand sich eine walnussgroße, z. Th. brandige Geschwulst, in deren Mitte eine Öffnung in die Urethra führte. Exstirpation durch die galvanokaustische Schlinge. Später Colporrhaphia duplex. Geheilt entlassen.

2) Die 70jährige Frau hatte seit mehreren Jahren in der äußeren Mündung der Harnröhre eine pflaumengroße, von der Harnröhrenschleimhaut gebildete Geschwulst. Entfernung durch Galvanokaustik. Heilung.

3) 9jähriges Mädchen. In der äußeren Harnröhrenmündung eine mandelgroße, von der vorgefallenen Harnröhrenschleimhaut gebildete Geschwulst. Entfernung durch die Schere; Nähte. Heilung.

Leopold Meyer (Kopenhagen).

10) **Peder Söderbaum** (Falun, Schweden). Zwei Fälle von frühzeitiger Laparotomie wegen Fibromyome.

(Hygiea Bd. LI. 1889. No. 5. p. 294—296.)

1) Entfernung eines kindskopfgroßen, kurzgestielten Fibromyoms wegen leichterer Defäkationsbeschwerden. Unterbindung einer Versenkung des Stieles. Heilung

2) In diesem Falle gab hartnäckige Stuhlverstopfung Anlass zur Operation Enukleation von 2 größeren [wie groß?] und 6 kleineren subserösen Myomen. Vernähung der Wundflächen mit Katgut. Heilung.

Leopold Meyer (Kopenhagen).

11) **Gustav Tillmann** (Halmstad, Schweden). Carcinoma colloides ovarii, pelvis, omenti et intestinorum.

(Hygiea Bd. LI. 1889. No. 5. p. 297—298.)

Ovariotomie ein Jahr früher, ohne dass dabei etwas Besonderes bemerkt wurde. Sonst giebt die Überschrift den Inhalt der Mittheilung. Laparotomie. Tod.

Leopold Meyer (Kopenhagen).

12) **R. Bergh** (Kopenhagen). Über Herpes menstrualis.

(Hospitals-Tidende. 3. R. VII. 1889. No. 50 und 51.)

Schon seit 1866 hat Verf., der Chefarzt eines Hospitals für öffentliche Dirnen in Kopenhagen, die Häufigkeit, mit welcher der vulväre Herpes bei Puellis publicis auftritt, hervorgehoben. Unna hat (1883) die Krankheit in 7,6% der ins Krankenhaus eingelegten, öffentlichen Dirnen gefunden. Bergh fand nur 2,6%. In den Jahren 1866—1889 hat Verf. in seinem Hospital 877 Fälle von vulvärem Herpes beobachtet, und in 644 oder 73,4% waren die betreffenden Frauenzimmer menstruirt. Mehrere derselben gaben auch an, bei jeder Menstruation einen solchen Ausschlag zu bekommen. Die Krankheit scheint nicht davon abhängig zu sein, dass diese Frauenzimmer dazu genöthigt werden, auch während der Regel zu cohabitiren; denn bei den der clandestinen Prostitution angehörigen, im Krankenhaus aufgenommenen Frauenzimmern fand sich die Affektion noch häufiger, bei 3,4%. Die Krankheit scheint nicht, wie dies von verschiedener Seite aufgestellt wird, mit vorhergegangenen venerischen Leiden in Zusammenhang zu stehen. In den meisten Fällen ist der Herpes vulvaris als ein menstruelles Exanthem, wahrscheinlich auf Innervationsstörungen beruhend, aufzufassen. Der Ausschlag scheint am häufigsten in der prämenstruellen Periode aufzutreten. In 70% der Fälle erschien die Eruption auf den Lab. maj.

Leopold Meyer (Kopenhagen).

13) **J. Reboul** (Paris). **Fall von 2 Cysten der Gartner'schen Kanäle.**

(Annal. de gynécol. 1889. August.)

Die 40 Jahre alte Pat. hatte seit ihrer Verheirathung vor 20 Jahren Kenntnis von 2 kleinen Geschwülsten an der vorderen und hinteren Wand der Scheide. Nach 2 Schwangerschaften, die letzte vor 5 Jahren, nahmen die Geschwülste an Größe zu und verursachten Schmerzen im Unterleibe und Beschwerden beim Uriniren. Bei der Untersuchung fand sich an der vorderen Vaginalwand eine haselnussgroße Geschwulst mit einem Fortsatze nach hinten links, Inhalt fluktuirend; durch Druck veränderte sich die Geschwulst nicht. An der hinteren Wand war oberhalb einer Rectocele eine ähnliche, aber größere fluktuirende Geschwulst mit einem nach aufwärts und rechts verlaufenden Fortsatz. Der Inhalt der ausgeschälten, möglichst hoch abgebundenen Cysten war chokoladenfarbene Flüssigkeit. Die Struktur beider Cysten und ihrer Fortsätze war die gleiche, dicke Wandung aus glatten Muskelfasern, Bindegewebe und 1—2schichtigem Cylinderepithel ohne Wimperhaare bestehend.

Heyder (Leipzig).

14) **Altmann** (Nagyvàrad). **Vollständiger Mangel des Uterus und der Ovarien.**

(Biharmegyei orvosegyesület 1888. September.)

Bei einer 28jährigen normal gebauten Frau von schwacher Konstitution, die seit 6 Jahren steril verheirathet ist, war die blind endigende Scheide nur 5—6 cm lang; von Uterus und Adnexen weder durch Scheide noch Rectum etwas zu fühlen.

Temesváry (Budapest).

15) **A. H. van der Weerd** (Leyden). **Fistula-uretero-uterina. (Aus der gynäk. Klinik des Prof. Treub.)**

(Nederl. tijdschr. v. Verlosk. en Gynäk. Jahrg. I. Hft. 2.)

Eine 22jährige Ipara bekam durch ganz unmotivirte Extraktionsversuche mit der Zange traumatisch eine Fistula-uretero-uterina. Nach 4 Monaten fand sie Aufnahme in der gynäkologischen Klinik des Prof. Treub.

Sie ist eine zart gebaute, übrigens gesunde Frau. Bei der Inspektion sieht man aus den beiderseitig eingerissenen Os ut. ext. ein wenig Flüssigkeit herausfließen. Sie reagirt nicht bestimmt sauer. Die Öffnung, durch welche sie in den Uterus kommt, ist nicht zu bemerken. In die Blase eingespritzte Milch kommt nicht aus dem Os uteri heraus. Die Pat. entleert eben zweimal pro Tag Harn per urethram. Wie der sie behandelnde Arzt meldet, kommt aus der Fistel doppelt so viel wie aus der Blase. Die übrigen Funktionen der Frau sind sämmtlich normal.

Ein Versuch, den Halskanal mit Jodoformgazestreifen zu dilatiren, scheiterte durch die sich einstellenden Kolikschmerzen. Der Fistelharn zeigte sich nachher bluthaltig.

8 Tage später versuchte man in der Narkose die Fistelöffnung zu finden. Bei der bimanuellen Untersuchung hat es den Anschein, dass der Uterus etwas nach rechts dislocirt ist und sich links von diesem ein mit der Gebärmutter zusammenhängender Tumor befindet, welcher mit der Beckenwand fest verbunden scheint. Als Treub den Zeigefinger in den dilatirten Kanal hineinführte, kam dieser in eine hühnereigroße, rechts von der Gebärmutter liegende, präformirte Höhle, mit ziemlich glatter und dicker Wand, welche Höhle man Anfangs beim Palpiren für den Uterus gehalten hatte. Es gelang jetzt auch den Finger durch den Cervixkanal bis in den Fundus uteri hineinzuführen. Ob aus der gefundenen Höhle Harn kommt, ist nicht zu bestimmen.

Am Becken war nicht die geringste Abweichung zu entdecken. Die Tagesmessungen des Harns zeigten eine doppelte Quantität per urethram gegen die per vaginam. Der Blasenharn ist sauer, klar und enthält kein Albumen, der Fistelharn ist alkalisch und trübe.

Am 27. Januar wurde die Urethra mit den Simon'schen Dilatatorien erweitert und nachdem man ein Instrument von ungefähr $1^1/_2$ cm Diameter eingeführt hatte, versucht, die Einmündungen der Ureteren in der Blase zu finden, was unter Be-

leuchtung mit reflektirtem Sonnenlichte bald gelang. In der rechten konnte man die Sonde nur 1 cm hineinführen; eben so bemerkte man, dass aus dieser kein Harn herauskam.

Nach etwa 4 Wochen, in welcher Zeit der Blasenkatarrh sich viel gebessert hatte, wurde von T. die Exstirpation der rechten Niere nach der Simon'schen Methode vorgenommen. Die Ureter, wie die Gefäße wurden mit Katgut unterbunden. Die Höhle wurde nach Reinigung und Jodoformirung mit Jodoformgaze tamponirt. Am 5. Tage wurden die Tampons herausgenommen und die Wunde durch sekundäre Naht verschlossen, ein komprimirender Verband angelegt und der Pat. die rechte Seitenlage empfohlen. Der inzwischen wiedergekehrte Blasenkatarrh war nach 12 Tagen durch Einspritzungen mit Argent. Nitric.-Lösungen und Borwasser beinahe wieder geheilt. Am 7. Tage nach der Vernähung der Wunde wurden 4 der 7 Hefte entfernt, und am 11. Tage die übrigen. Mit Ausnahme eines kleinen granulirenden Streifchens ist die Wunde vollständig p. p. i. geheilt.

Bei einer am 3. April vorgenommenen bimanuellen Untersuchung war rechts neben dem Uterus noch eine resistente Schwellung durchzufühlen. Am Os uteri ist nichts Besonderes zu beobachten. Der Harn ist vollkommen klar und enthält kein Albumen mehr. Die Diurese betrug in den letzten Tagen in 24 Stunden 1400—1800 ccm. Die Pat. wurde entlassen.

Als sie sich nach 3 Wochen noch einmal in der Klinik vorstellte, sah sie ganz gesund aus, klagte jedoch über ein wenig Fluor albus. Rechts vom Uterus war noch ein resistenter Strang zu fühlen als Reste der dilatirten Ureterenenden.

Pathologisch-anatomisch zeigte sich der Ureter makroskopisch bis ungefähr 3 cm der Niere ziemlich stark ausgedehnt und dessen Wand verdickt. An dieser Stelle geht das Lumen ziemlich plötzlich in die normale Weite über. Das Nierenbecken ist ausgedehnt. Die Schleimhaut ist verdickt, ungleichmäßig leicht injicirt, an der Oberfläche granulirt, mit zahlreichen kleinen Prominenzen versehen. An der Oberfläche der mäßig blutreichen Niere kommen an einzelnen Stellen eben so kleine Prominenzen vor, welche bei der mikroskopischen Untersuchung sich als kleine Abscesse zeigen. Die Diagnose lautete also: beginnende suppurative Pyelonephritis. (Chirurgische Niere.)

Aus der Litteratur konnte Verf. nur 11 Fälle (den Treub'schen inklusive) von Fistula uretero-uterina zusammenbringen. Von diesen betrafen 6 den linken und 3 den rechten Harnleiter, während es 2mal unbestimmt war. Für das linksseitige häufigere Vorkommen wird die Freund-Joseph'sche Erklärung erwähnt.

Die Symptomatologie und Diagnostik werden in diesem Artikel von v. d. W. in gedrungener Weise besprochen, eben so die einzuschlagende Therapie und die von einzelnen Autoren befolgte Behandlungsweise.

Verf. kommt auf Grund von den in den Credé'schen und Treub'schen Fällen gemachten Erfahrungen zu dem Schlusse, dass man in allen Fällen von Fistula uretero-uterina, welche suppurativen und septischen Processen ihre Entstehung zu verdanken haben, ganz unbedingt zur Nierenexstirpation übergehen soll, jedoch nur mit dem Reservatum, dass man des Gesundseins der anderen Niere gewiss sei.

A. Mijnlieff (Breukelen).

16) **Wetherby.** Fall von blutloser Geburt.

(Med. record 1889. August 17. p. 181.)

W. beobachtete eine Geburt, bei welcher kein Tropfen Blut floss, selbst die ohne alle Hilfe ausgestoßene Nachgeburt konnte man anfassen, ohne die Finger blutig zu machen. Einzig bei dem Durchschneiden der Nabelschnur floss ein wenig Blut.

Lühe (Demmin).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 7. **Sonnabend, den 15. Februar.** **1890.**

BOSTON MED. LIBRARY ASS'N
FEB 27 1890

Inhalt: I. **Feinberg**, Zwei Fälle von idiopathischem Pruritus universalis sub partu. — II. **Heydrich**, Eine seltene Verletzung des Kindes bei der Geburt. (Original-Mittheilungen.)

1) **Smith**, Chloroform. — 2) **Robinson**, Pollutionen beim Weibe. — 3) **Nagel**, Entwicklung der Genitalien. — 4) **Chartier**, Behandlung der Septikämie. 5) **Ahlfeld**, Placentarretention. — 6) **Braun**, Uterusincarceration. — 7) **Bergh**, Laparomyomotomie in der Schwangerschaft. — 8) **Lindfors**, Tuberculosis peritonaei. — 9) **Crimail**, Kaiserschnitt. — 10) **Roux** und **Schnell**, Metritis. — 11) **Wallich**, Pneumonie in der Schwangerschaft. — 12) **Heinricius**, Ursachen des ersten Athemzuges. — 13) Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie: **Kaltenbach**, Maligne Neubildungen des Uterus; **Stahl**, Supravaginale Amputation; **Reini**, Hämoglobingehalt des Blutes; **Hoffa**, Kastration bei Osteomalacie; **Odebrecht**, Neurosen nach gynäkologischer Erkrankung; **Schmaltz**, Laparomyomotomie; **Wiedow**, Resultate der Kastration; **Bullus**, Kleincystische Degeneration des Eierstockes; **Sonntag**, Plastische Operationen am Damme. — 14) **Szabó**, Endometritis. — 15) **Girdlestone**, Hydatidenoperation bei einer Graviden. — 16) **Nijhoff**, Incarceratio uteri retroflexi gravidi.

I. Zwei Fälle von idiopathischem Pruritus universalis sub partu.

Von

Dr. **B. Feinberg** (Petersburg).

Der Pruritus vaginae als Folgezustand einerseits von verschiedenen Erkrankungen des weiblichen Genitaltractus, andererseits von allgemeinen Erkrankungen, wie: Ikterus, Diabetes, Nieren- und Blasenkrankheiten, Hautausschlägen etc. ist den Gynäkologen seit lange bekannt und gehört zu den nicht seltenen Erscheinungen in der ärztlichen Praxis. Der Pruritus vaginae aber, als idiopathische Erkrankung, wobei abnorme materielle Veränderungen nicht nachzuweisen sind, ist äußerst selten und wird desshalb von einigen Autoren völlig verneint. So sagt z. B. Hildebrandt: »Wir stehen nicht an auszusprechen, dass wir an einen idiopathischen Pruritus, sei es centralen, sei es peripheren Ursprungs, überhaupt nicht glauben.« In gleichem Sinne spricht sich über die Ätiologie des

Pruritus auch Zweifel aus: ob man in solchen Fällen den Pruritus »als Neuralgie aufzufassen habe, ist sehr fraglich«. Beide genannte Autoren schreiben es den »der Vervollkommnung sehr bedürftigen« Untersuchungsmethoden zu, dass man bis heute keine materielle Ursache in jedem Falle von Pruritus zu finden vermag. Andere Autoren, wie Grailly Hewitt und Scanzoni, glauben einen jeden Pruritus vaginae im Beginn als idiopathische Erkrankung ansehen zu müssen und dieselbe als Hyperästhesie der sensibeln Nerven der Vagina betrachtend, betont letztgenannter Autor, dass sie »häufiger als man es voraussetze« idiopathisch auftrete. Was nun aber den Pruritus vaginae als Erscheinung während der Menstruation, besonders aber während der Geburt, betrifft, so möchten wir die recht stiefmütterliche Behandlung dieses interessanten Phänomens in den Handbüchern unserer hervorragendsten Gynäkologen dadurch erklären, dass dasselbe in ausgesprochener Weise recht selten vorkomme. Hildebrandt will den Pruritus sub menstruatione et graviditate einzig und allein durch stärkere Blutzufuhr zu den Geschlechtstheilen entstanden erklären und glaubt genügende Bekräftigung seiner Ansicht in dem Umstande zu finden, dass der Pruritus in erstem Falle schwinde, »wenn der menstruelle Ausfluss in vollem Gange ist«, in letzterem, dass er nur am Anfange oder gerade am Ende der Schwangerschaft auftrete, selten aber in der Mitte derselben, also wiederum nur »bei größter aktiver oder passiver Gefäßfülle«. Der Ansicht, dass der Pruritus nur am Anfang oder am Ende der Schwangerschaft auftrete, widerspricht die Beobachtung Spiegelberg's. Er sah eine ältere Primigravida, bei welcher das Leiden schon im 2. Monat auftrat und bis zur Geburt anhielt, mit dieser und den ersten Wehenschweißen verschwunden war. Auch Horwitz sah bei einer Pat. in 2 auf einander folgenden Schwangerschaften einen so starken Pruritus vaginae, wie er ihn »vorher nie zu beobachten Gelegenheit hatte«. Nicht näher auf die Erklärung Hildebrandt's eingehend, sagt Zweifel: »Wir müssen unsererseits ablehnen, diese Ansichten von der vermehrten Blutfülle zu beweisen oder nur plausibel zu machen.« P. Müller weist ebenfalls nur kurz auf den Pruritus der verschiedenen Körpergegenden und Genitalien während der Menstruation hin. Der Pruritus während der Schwangerschaft, meint genannter Autor, kann so hochgradig werden, dass sogar Abortus oder Frühgeburt die Folge ist, ferner, dass er manchmal das Wochenbett und die Laktation überdauern kann. Prochownik beschreibt einen Fall von Pruritus, der nach einem Wochenbett mit großer Heftigkeit auftrat, mit dem Eintritt einer neuen Schwangerschaft verschwand, um nach der Entbindung wiederzukehren. Horace beobachtete diese Erkrankung in drei auf einander folgenden Schwangerschaften, welche mit frühzeitiger Unterbrechung endigten. Eben so spärlich, wie in der Gynäkologie, sind auch die Angaben über idiopathischen Pruritus in der Dermatologie. Vollständig dunkel, sagt z. B. Lesser, sind die Beziehungen, welche zwischen gewissen physiologischen und pathologi-

schen Veränderungen der weiblichen Genitalorgane und dem Auftreten des Pruritus bestehen. In gleichem Sinne spricht sich auch Behrend aus. Hardy, den Pruritus als »Hyperästhesie cutanée« ansehend, meint unter Anderem »il est quelquefois sous la dependance de l'hysterie«.

So weit die Litteratur der höchst interessanten Erscheinung des Pruritus während der Geburt uns zugänglich war, haben wir dieselbe angeführt und aus letzterer die unbedingte Seltenheit dieser Läsion ersehend, glauben wir, dass die 2 von uns beobachteten Fälle auf einiges Interesse Anspruch machen können.

Ich beginne mit dem von mir zuletzt beobachteten Falle, weil ich ihn längere Zeit in meiner Behandlung hatte.

I. Im April 1888 wandten sich eine junge Dame mit ihrer Mutter an mich mit der Bitte, ich möge schriftlich bescheinigen, dass erstere an keiner »bösartigen Krankheit« leide, welche der Mann, mit dem sie kaum 2 Monate vermählt ist, bei ihr voraussetze. Auf die Frage, wodurch wohl dieser Verdacht hervorgerufen sei, wurde mir mitgetheilt, dass die Pat. an lästigem Jucken in den äußeren Geschlechtstheilen und in nächster Umgebung derselben leide.

Anamnese: Frau B., Kaufmannsfrau, 18 Jahre alt, ist seit 2 Monaten vermählt. Erste Menstruation im 12. Jahre, welche nur einmal auftrat, um nach einem halben Jahre wiederzukehren und dann regelmäßig in 4wöchentlichen Intervallen zu erscheinen. Dauer derselben 4—5 Tage, Blutverlust gering. Dysmenorrhoe und Fluor sollen nie vorhanden gewesen sein. Im Kindesalter waren nur Masern, sonst stets gesund. Gegenwärtig klagt Pat. über psychische Depression, öftere Neigung zum Weinen, Appetitlosigkeit. Das Juckgefühl soll schon fast ein Jahr bestehen und sollen dasselbe, wie geringe Schmerzhaftigkeit der Brüste, die Vorläufer der einzutretenden Regel sein. Die größte Intensität des Pruritus dauert ungefähr 4 Tage; beginnt etwa 2 Tage vor der Menstruation und hört am zweiten Tage während derselben auf.

Die Untersuchung ergab Folgendes: Pat. ist von gutem Bau und Ernährung, zeigt ziemlich starke Fettablagerung. Die sichtbaren Schleimhäute sind ziemlich blass; diejenigen der äußeren Geschlechtstheile, wie die Haut der nächsten Umgebung (Schenkel, Mons veneris) sind mit frischen und älteren Exkoriationen bedeckt. Die tiefer gelegenen Schleimhautpartien nach digitaler Erweiterung des Introitus vaginae, zwar von normaler Färbung und Konsistenz, sind bei stärkerer Betastung, besonders aber beim Einführen des Speculum, recht empfindlich und ruft diese Manipulation ein Zittern des ganzen Körpers hervor. Cervix konisch zugespitzt, normal lang; Orificium externum punktförmig; im Speculum sichtbare Schleimhaut der Vulva normal. Gebärmuttergrund befindet sich in leichter Anteversionsstellung, Scheidengewölbe frei, unempfindlich, Ovarien nicht palpabel.

Der negative Befund in Hinsicht auf Erkrankung des Genitalapparates, dann die starke Empfindlichkeit bei der Exploration (Hyperästhesie) und die Anämie der Pat. leiteten mich zur Diagnose eines Pruritus nervösen Ursprungs und ordinirte ich auch demgemäß innerlich entsprechende Diät und Bromkali, äußerlich kalte Abreibungen des ganzen Körpers und Waschungen der äußeren Geschlechtstheile mit einer Sublimatlösung (1:4000). Da Pat. 5 Tage nach der Regel bei mir war, also zu einer Zeit, in welcher das lästige Jucken schon an Intensität abgenommen, ja völlig verschwunden war, forderte ich sie auf, kurz vor der künftigen Regel wiederzukommen und gleichzeitig mir das Resultat des zu untersuchenden Harns mitzutheilen. — Die zweite Untersuchung ergab dasselbe, wie die erste. Im Harn war kein Zucker gefunden worden. Das Juckgefühl ist stark und verursacht Pat. große Qualen. Pat. erwartet sehnsüchtig das Eintreten der Regel, da dann das Jucken zu schwinden beginne. Nach dieser Besichtigung sah ich Pat. 11 Monate nicht wieder. Im März v. J. wurde ich gerufen und fand Pat. im Kreißen. Von

der Zeit also, wo ich sie zuletzt gesehen, habe sie nur einmal noch und mit denselben Erscheinungen menstruirt. Der Pruritus von geringer Stärke und kurzer Dauer soll nur im ersten Schwangerschaftsmonat aufgetreten sein, sonst stets wohl. Übligkeiten und Erbrechen waren gering, dafür aber stärkere Obstipation in den letzten Monaten. Schon bei Beginn der leichten Wehen soll der Pruritus vaginae sich eingestellt haben und verbreitete er sich allmählich über den ganzen Körper, »von Stunde zu Stunde« stärker werdend. Ich fand Pat. in folgendem Zustande: mit fast verstörtem Gesicht sitzt sie im Bette und kratzt Geschlechtstheile und untere Extremitäten, während abwechselnd bald der Mann, bald die Hebamme Rücken, Kopf und Brust kratzen, dabei jammert Pat. und bittet um Beschleunigung der Geburt. Ich gebe diese Erscheinungen detaillirt desshalb an, weil dieselben in so markirter Weise zu den großen Seltenheiten sub partu gehören und ein Bild darstellen, welches, wenn auch nur einmal gesehen, doch sobald nicht vergessen werden kann. — Da an eine Untersuchung ohne Narkose gar nicht zu denken war, leiteten wir auch bald dieselbe ein, um, wenn möglich, der Exploration die Beendigung der Geburt anzuschließen. Nun fanden wir aber zwar schon verstrichenen Cervix, aber das Orificium für einen Finger nur durchgängig. Die weitere Untersuchung ergab eine erste Scheitellage, Herztöne etwa 120 in der Minute deutlich hörbar, Becken normal. 8 Stunden später beendigte ich die Geburt mit dem Forceps und extrahirte ein kräftiges lebendes Kind. Unmittelbar nach der Geburt, aus der Narkose erwacht, liegt Pat. ermattet da und klagt zwar wieder über Jucken, doch scheint dasselbe nicht so quälend, wie früher zu sein. Die erste Nacht schlief trotz des Pruritus die Wöchnerin 3—4 Stunden; am folgenden Tage gab sie selber zu, dass das Jucken heute sehr erträglich sei und empfinde sie, dass es immer mehr abnehme. Am 4. Tage p. p. verschwand dasselbe ganz. Von diesem Tage an stillt Pat. ihr Kind, befindet sich dabei ganz wohl und in sehr gehobener Stimmung voraussetzend, dass sie nun für immer von ihrem Übel befreit sei.

II. In diesem Fall, über den ich nur kurz berichten kann, da ich ihn nur im Verlauf einer Konsultation beobachtete (in zufälliger Abwesenheit des behandelnden Arztes), handelte es sich um eine Multigravida im Beginn des 3. Schwangerschaftsmonats. Die Anamnese, vom intelligenten Mann der Pat. erhalten, lautete: Pat., 34 Jahre alt, sei sehr nervöser Natur, leide seit einigen Jahren an einem Herzübel (?), gebar rechtseitig 3mal, abortirt heute zum zweiten Mal in $1^1/_2$ Jahren. Seit etwa 2 Jahren soll sie während der Menstruation an Pruritus vaginae leiden, doch wurde derselbe stärker und verbreitete sich über den ganzen Körper vor Beginn des letzten Abortes und verschwand mit dem Abgang der Frucht. Am Tage, an dem ich Pat. sah, soll sie eine starke moralische Erschütterung erlitten haben, nach welcher sich aus den Genitalien Blut zeigte und kurz darauf auch der Pruritus mit derselben Heftigkeit, wie das vergangene Mal, sich wieder einstellte. Allgemeine Erkrankungen mit Ausnahme des Herzleidens, eben so Genitalleiden mit Ausnahme von geringem Fluor albus werden verneint. Die Menstruation soll stets regelmäßig und schmerzlos gewesen sein. Die früher gegen den Pruritus angewandten Mittel blieben alle erfolglos. Ich fand die recht korpulente Pat. in äußerst aufgeregtem Zustande im Bette sitzend und mit einer Hast fast ununterbrochen bald diesen, bald jenen Körpertheil kratzend. Meine Voraussetzung, dass es sich vielleicht gar nicht um einen Abort handele, da der einmalige geringe Blutabgang es durchaus nicht beweise, wird von der Pat. aufs entschiedenste abgewiesen, da sie die Verbreitung des Pruritus über den ganzen Körper als bekanntes Symptom des herannahenden Abortes ansehe. — Die objektiven Daten waren kurz folgende: Äußerlich die bekannten Erscheinungen des Kratzeffektes, innerlich: ziemlich verdickte und geröthete Labien, in der Vulva kleine Blutgerinnsel, sonst nichts Abnormes, Cervix mit zwei seitlichen Einrissen älteren Datums versehen, Orif. ext. für etwa $1^1/_2$ Finger durchgängig, Uterus entspricht der angegebenen Schwangerschaftszeit. Wehen nicht vorhanden. Da bei besagtem Status die Möglichkeit, die Frucht zu erhalten, nicht von der Hand zu weisen war, ferner da möglicherweise mit der Weiterentwicklung derselben sich auch der Pruritus legen werde, rieth ich abzuwarten, und wollte nur dann befördernd einschrei-

ten, wenn wieder Blutung oder stärkere Wehen auftreten sollten. — Leider sah ich Pat. nicht wieder.

Resumiren wir die Erscheinungen dieser 2 Fälle, so sehen wir in beiden den Pruritus nur sub menstruatione auftreten, in den Intervallen und während der Gravidität schwinden, dafür aber mit dem Beginn der ersten Wehen bedeutend gesteigert und über den ganzen Körper verbreitet. Im ersten, wie im zweiten Falle haben wir es unbedingt mit nervös angelegten Personen zu thun; im ersten ist Pat. anämisch und leidet an Hyperästhesie der Vagina, im zweiten tritt der Abort nach moralischer Erschütterung ein, wobei der Pruritus wiederholt universell wird. In beiden Fällen schließlich, besonders aber im ersten, sind trotz genauester wiederholter Untersuchung greifbare materielle Veränderungen nicht zu finden.

Auf diese Daten gestützt, wenn auch wohl bewusst, dass die Beobachtung von 2 Fällen zu einer allgemeinen Schlussfolgerung uns kaum berechtigt, so scheint uns doch die vollständige Negirung des Pruritus nervösen Ursprungs ungerechtfertigt zu sein. Giebt es doch viele Processe, deren pathologisches Substrat uns heut zu Tage noch dunkel ist, sind wir ja leider nur zu oft noch gezwungen, dieses oder jenes allein per exclusionem zu diagnosticiren. Dass wir es in besagten 2 Fällen mit einer nervösen Basis zu thun haben, wird sich kaum von der Hand weisen lassen, warum also den Pruritus nicht auf dieselbe fußen, wenn sonst absolut keine anderen Anhaltspunkte zu finden sind? Auf jeden Fall scheint uns der Hinweis auf »die mangelhaften Untersuchungsmethoden« möglicherweise begründet, aber gewiss wenig erklärend.

Litteraturverzeichnis:

1) Hildebrandt, Krankheiten der äußeren weiblichen Genitalien (Handbuch von Lücke und Billroth p. 124).

2) Graily Hewitt, Frauenkrankheiten; deutsch von Beigel 1869. p. 536.

3) Scanzoni, Krankheiten der weiblichen Sexualorgane 1873. II. Thl. p. 269.

4) Spiegelberg, Lehrbuch der Geburtshilfe 1882. p. 238.

5) Horwitz, Pathologie und Therapie der weiblichen Sexualsphäre. I. Thl. p. 249. (Russisch.)

6) Zweifel, Krankheiten der äußeren weiblichen Genitalien etc. (Deutsche Chirurgie von Billroth) 1885.

7) P. Müller, Die Krankheiten des weiblichen Körpers in ihren Wechselbeziehungen zu den Geschlechtsfunktionen 1868. p. 458 ff.

8) Prochownik, l. c.

9) Horace, l. c. p. 396.

10) Lesser, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. I. Thl. p. 106.

11) Behrend, Handbuch der Hautkrankheiten. Russische Übersetzung von Pospeloff p. 459.

12) Hardy, Traité des maladies de la Peau p. 602.

(Aus der geburtshilflichen Poliklinik zu Breslau.)

II. Eine seltene Verletzung des Kindes bei der Geburt.

Von Dr. **Heydrich**, Assistenzarzt.

Frau A., 42 Jahre alte 5.Gebärende, nahm poliklinische Hilfe in Anspruch. Ich fand den Muttermund völlig eröffnet, vollkommene Fußlage, keine Wehen, Nabelschnur

gut pulsirend mit einer großen Schlinge in die Scheide vorgefallen. Aus letzterem Grunde musste der Praktikant die sofortige Extraktion vornehmen. Demselben gelang die Lösung des hinteren linken Armes leicht, doch waren seine Bemühungen bei dem anderen Arm vergeblich, da derselbe am Hinterhaupte in die Höhe geschlagen war. Ich löste schnell den zweiten Arm und vollendete die Extraktion des Kopfes durch das mäßig platte Becken unter nicht übermäßig großer Kraftanwendung.

Das Kind, sehr kräftig entwickelt, ist leicht asphyktisch, wird aber schon nach 1 Minute durch 3 Schultze'sche Schwingungen zum Schreien und regelmäßigen Athmen gebracht.

Am nächsten Tage wurde mir dasselbe todt überliefert, mit der Angabe, dass man es 2 Stunden später todt im Bett gefunden habe und nicht genau wissen könne, wie lange es gelebt habe. Die Sektion ergab kurz folgenden interessanten Befund.

Es besteht eine sehr bedeutende Schwellung vorn am Halse, von da übergehend nach oben bis an die Oberkiefergegend, nach unten etwa bis zur achten Rippe. Diese Schwellung ist rechts stärker entwickelt als links und am Halse in dem Maße vorhanden, dass dessen Umfang dem des Kopfes um den Unterkiefer herum nur wenig nachgiebt. Die Haut ist überall unverletzt, von weißer Farbe. Der tastende Finger überzeugt sich leicht durch das bei leisem Drucke entstehende Knistern, dass die Schwellung durch Emphysem hervorgerufen ist.

Bei Eröffnung des Bauches zeigt sich die Leber stark nach unten gedrängt, das Zwerchfell rechts nach unten prall vorgewölbt. Der hohle Perkussionsschall beweist, dass der rechte Pleuraraum mit Luft prall gefüllt ist. Es wird nun der Unterkiefer exartikulirt und die ganze Unterkiefergegend im Zusammenhange mit den Hals und Brusteingeweiden und der vorderen Brustwand unter möglichster Schonung der emphysematösen Hautpartien losgelöst. Die rechte Lunge ist kollabirt, atelektatisch, doch zeigen hier und da auf der Oberfläche sichtbare, dieselbe überragende, hellrothe kleine Pünktchen, dass einige Alveolen mit Luft gefüllt sind und die Lunge somit geathmet hat. Die linke Lunge, ungefähr noch einmal so groß als die rechte, ist von hellrother Farbe, überall sehr reichlich, ja in Anbetracht der kurzen Lebenszeit des Kindes ganz auffallend reichlich lufthaltig. Die großen Luftwege sind überall ganz unverletzt mit nur wenig glasigem Schleime gefüllt. Durch eine Kanüle wird die linke Lunge aufgeblasen. Die Pleura zeigt sich überall unverletzt. Die rechte Lunge nimmt beim Aufgeblasenwerden eine hellrothe Farbe an und nun zeigt sich an der Pleura pulmonalis eine halblinsengroße, schwach blutunterlaufene Stelle, die an der zusammengefallenen Lunge wegen der dunkeln Färbung unbemerkt geblieben war. Inmitten dieser Stelle befindet sich ein kaum 1 mm langer spaltförmiger Schlitz, aus dem die Luft beim Einblasen in den rechten Bronchus unter Wasser in ganz kleinen Blasen entweicht. Dieser Schlitz befindet sich bei aufgeblähter Lunge entsprechend der Mamillarlinie gerade vorn ungefähr in der Mitte des oberen Lungenlappens. Der kleinen blutunterlaufenen Stelle an der Pleura pulm. entspricht an der Pleura costal. eine ganz ähnliche nur sehr wenig größere Stelle. Dieselbe befindet sich in der Mamillarlinie zwischen erster und zweiter Rippe. Der 1 mm lange Schlitz in derselben klafft ein wenig aus einander. Bei vorsichtiger Sondirung gelangt man nach der oberen Schlüsselbeingegend. Der Wundkanal zeigt in der Intercostalmuskulatur nur geringe Blutinfiltration der Wandungen. Muskeln und Zellgewebe um das rechte Schlüsselbein sind in geringer Ausdehnung von Blutungen durchsetzt. Die Clavicula selbst ist im inneren Drittel gebrochen. Das distale Frakturende lässt sich hinabdrücken in den ersten Intercostalraum und trifft so genau auf die beschriebene Verletzung der Pleura costalis. Am Herzen nichts Besonderes. Das Zellgewebe des vorderen und hinteren Madiastinums ist völlig von Luft erfüllt, so dass mehrfache bohnengroße Luftblasen die Pleuren am Lungenhilus nach rechts und links hervorwölben. Eine solche Blase wird angestochen und ein Trokar eingebunden. Beim Lufteinblasen unter Wasser entweicht dieselbe aus den Maschen des ebenfalls emphysematösen tiefen Halsbindegewebes.

Es ist somit festgestellt, dass ein Frakturende der Clavicula die Pleura costalis

und pulmonalis angespießt hat. Die verletzte Lunge hat zuerst wegen der Kleinheit der Verletzung fast normal athmen können, bis schließlich ein Pneumothorax sich ausbildete, von dem durch die Verletzung der Pleura costalis ein Hautemphysem der rechten Brusthälfte ausging. Dasselbe hat sich nach links und hinauf bis beiderseits nahe an die Oberkiefergegend ausgebreitet und von der Unterhaut des Halses her die Maschen des tiefen Halsbindegewebes und von diesen her diejenigen des vorderen und hinteren Mediastinums erfüllt und so wahrscheinlich zum Tode geführt.

Es fragt sich, ob die Verletzung der Pleura bei der Armlösung oder bei der Extraktion des Kopfes zu Stande gekommen ist. Mir scheint das Erstere der Fall zu sein, da ich wohl jedenfalls den Moment der Fraktur gefühlt hätte, wenn dieselbe sich unter meinen Fingern ereignet hätte, und da bei dem Veit-Smellie'schen Handgriff das äußere Frakturende durch Herunterdrücken und Zurückziehen der Schultern eher nach außen und vorn, als nach innen und unten gedrückt werden muss. Der Fall ist in so fern von Interesse, als er lehrt, dass man bei gleich nach der Geburt entstehendem Emphysem zuerst an einen in die Lunge perforirenden Clavicularbruch zu denken hat, denn Kehlkopf und Luftröhre sind jedenfalls zu weich, um zu zerbrechen und zu dehnbar, um selbst bei stärkstem Zuge zu zerreißen, eben so wie an den Rippen wegen ihrer Weichheit und Elasticität kaum eine in die Lunge perforirende Fraktur möglich ist.

---

1) **B. Smith** (McPherson). Über Verwendung des Chloroforms bei allen Entbindungen.

(Med. age 1889. No. 10.)

S. empfiehlt, Kreißende nicht nur bei solchen Geburten, welche operativ beendet werden müssen, sondern auch bei den normal verlaufenden zu chloroformiren. Eine tiefe Narkose ist hier nicht nöthig. S. glaubt sich durch seine Beobachtungen überzeugt zu haben, dass die Geburten unter Narkose schneller verlaufen, seltener die Applikation der Zange nothwendig wird, da die Kreißenden stärker mitpressen, nicht so oft Dammrisse entstehen, schließlich — und hier befindet er sich im Gegensatz zu anderen Geburtshelfern — Postpartum-Blutungen vorgebeugt wird.

Durch Lungenkrankheiten oder Herzfehler sieht S. die Narkose nicht kontraindicirt; nur bei Fettherz räth er zur Vorsicht.

Graefe (Halle a/S.).

---

2) **E. Robinson.** Klinische Beobachtungen über Pollutionen beim weiblichen Geschlecht.

(Med. age 1889. No. 7.)

Auf Grund einer Reihe von Beobachtungen stellt R. fest, dass bei manchen Frauen während des Schlafes unter erotischen Träumen reichliches Sekret aus den Bartholin'schen Drüsen entleert wird. Einige fühlen sich dadurch erleichtert, sind am nächsten Morgen frisch.

Andere, und zwar die Mehrzahl, erwachen nach erfolgter Pollution mit Rückenschmerzen, sind verstimmt und matt. Manche dieser haben zwar eine wollüstige, gleichzeitig aber schmerzhafte, krampfartige Empfindung während des Ergusses, welche R. auf einen Krampf des Constrictor cunni zurückführt.

Als ätiologische Momente weiblicher Pollutionen sind Onanie, Coitus interruptus, Impotenz des Mannes, Aufhören des Geschlechtsgenusses bei solchen Frauen, welche an regelmäßige Ausübung des Coitus gewöhnt waren, also besonders bei jungen Wittwen, zu nennen.

Bei vielen Pat. entwickeln sich allmählich neurasthenische Symptome, so weit dieselben nicht etwa schon vorher bestanden.

Die Therapie muss in erster Linie darauf ausgehen, das Allgemeinbefinden zu bessern, das Nervensystem zu stärken, wenn möglich die geschlechtlichen Beziehungen der Pat. zu reguliren.

Graefe (Halle a/S.).

---

3) **W. Nagel.** Über die Entwicklung des Urogenitalsystems des Menschen.

(Sep.-Abdr. aus dem Archiv für mikrosk. Anatomie 1889. p. 269—384. 4 Taf.)

Die Arbeit giebt zunächst die Beschreibung des Urogenitalsystems eines 12 und eines 13 mm langen menschlichen Embryo. Die erste Entstehung des Kanalsystems der Urniere konnte aus diesem Material nicht entschieden werden, die weitere Entwicklung der Urnierenkanälchen beim Menschen geschieht durch Sprossenbildung der schon vorhandenen Kanälchen, eine Betheiligung von Seiten des Oberflächenepithels der Urniere an der Weiterentwicklung des Kanalsystems in diesem Organ findet beim Menschen nicht statt. Eben so wenig ist man berechtigt anzunehmen, dass die sekundären und tertiären Kanälchen beim Menschen unabhängig von den schon vorhandenen entstehen durch Differenzirung aus dem Urnierengewebe.

Die Urnierenkanälchen zeigen ein verschiedenes Epithel, die mehr medialwärts gelegenen weiten Partien derselben, welche unmittelbar in die Bowman'schen Kapseln übergehen, zeigen ein großes kubisches Epithel mit blassen Kernen. Dieselben sind charakteristisch für den Wolff'schen Körper zur Zeit seiner höchsten Entwicklung und Thätigkeit. Die mit diesem Epithel ausgekleideten Abschnitte gehören wohl zu dem sekretorischen Apparat der Urniere.

Die Entwicklung der Sexualdrüsen hat in diesem Blatt (1888, p. 227—230 und 253 und 1889, p. 661) bereits eine Besprechung erfahren. Das Resultat ist in Kürze folgendes: Ursamenzellen und Ureier sind einerseits, das Epithel der Samenkanälchen und der Follikel andererseits einander gleichwerthig, sie entstammen dem Keimepithel.

Auch die Entwicklung der Müller'schen Gänge wurde bereits im Centralblatt 1889, p. 619 referirt. Die erste Entstehung derselben als längere, zu einem Rohr sich abschließende Rinne, entstanden

durch Einstülpung eines bestimmten Theils des Urnierenepithels, wird Mangels des nöthigen Materials offen gelassen.

Ausbuchtungen des Nierenbeckens stellen die erste Anlage der Harnkanälchen dar, welche sich dann ihrerseits durch Verlängerung und Sprossenbildung der schon vorhandenen vermehren. Die bisherigen Ansichten über die Entwicklung der Malpighi'schen Körper wird durch N.'s Untersuchung bestätigt.

Auch die Entwicklung der äußeren Genitalien wurde bereits in diesem Blatt 1889, p. 662 besprochen. Die Untersuchungen von His über den Allantoisgang werden durch N. bestätigt.

41 vorzügliche von Lütke und Eyrich gezeichnete Abbildungen sind dem Werke N.'s, welches sich auf einer Reihe von Specialarbeiten aufbaut, beigegeben. **G. Middeldorpf** (Breslau).

---

4) **Chartier** (Paris). Behandlung der puerperalen Septikämie durch Curettement des Uterus.

Thèse de Paris, G. Steinheil, 1889.

Im Anschluss an 26 Beobachtungen empfiehlt der Verf. das Curettement des Uterus als eine leicht ausführbare und ungefährliche Operation mit günstigen Resultaten. Von der Narkose räth er als überflüssig ab, eben so von einer Dilatation des Collum; an den der Operation nachfolgenden Tagen wendet er antiseptische Vorsichtsmaßregeln an. Das Curettement ist überall da angezeigt, wo intrauterine Injektionen sich nicht als genügend erweisen, die Temperatur rasch herabzusetzen, besonders wenn Placentarreste in utero zurückgeblieben sind. Komplikationen von Seiten der Uterusadnexe geben eben so wenig eine Kontraindikation zu curettiren, wie bestehende Peritonitis. **K. Ruhemann** (Berlin).

Kasuistik.

5) **Ahlfeld.** Die Ursachen der Placentarretention nach Geburten reifer oder nahezu reifer Früchte.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVI. Hft. 2.)

In den Jahren 1883 bis Anfang 1889 mussten in der Marburger Klinik unter 1500 Geburten 11mal die ganze Placenta und 2mal umfangreichere Theile derselben manuell entfernt werden (0,7 resp. 0,8% der Fälle).

1) 24jährige IIpara. Placenta praevia; Nabelschnurvorfall; Forceps; mehrfaches Reiben des Uterus zur schnelleren Herausbeförderung des mit dem Kopfe geborenen Kindes; nach $2^1/_2$ Stunde mehrfache vergebliche Expressionsversuche der Placenta wegen Blutungen; manuelle Placentarentfernung; intra-uterine Karbolnjektion; im Wochenbett 38,5; Entlassung am 22. Tage; Gesammtblutverlust 1500 g.

2) $24^1/_2$jährige IIpara. Spontane Geburt bei allgemein verengtem Becken; $1^1/_4$ Stunde p. p. vergebliche Expression. Nabelschnur und Eihäute in der Scheide; Muttermund straff zusammengezogen, Placenta hoch oben im Uterus leicht angeheftet; manuelle Lösung; heiße Irrigation. Wochenbett fieberfrei; Entlassung am 10. Tage; Gesammtblutverlust 1600 g.

3) $34^1/_2$jährige XIpara. Frühzeitiger Wasserabgang; unerwartet schnelle Geburt des Kindes; Uterusmassage wegen Blutung; vergebliche Expression; Placenta

incarcerirt, aber gelöst; manuelle Herausnahme; heiße Irrigation; fieberfrei; Entlassung am 10. Tage; Gesammtblutverlust 1000 g.

4) 39¾jährige IIpara. Alte Lues wahrscheinlich; spontane Geburt; Massage wegen Blutung; dann abwartende Behandlung; vergebliche Expression; Placenta incarcerirt und noch nicht vollständig gelöst; intra-uterine Irrigation; fieberfrei; 9. Tag Entlassung; Gesammtblutverlust 1200 g.

5) 26jährige Ipara; Eklampsie; Forceps; heftige Blutung; Massage und Expressionsversuche ohne Erfolg. Placenta incarcerirt; Placentarand adhärent; Cervikalriss; muss genäht werden; Fieber bis 38,3. Entlassung am 17. Tage; 2100 g Blutverlust.

6) 28jährige Ipara. Tiefer Querstand; Forceps; wegen Blutung aus Schleimhautrissen am Introitus Eiswasserirrigation; Abwarten; Expression vergeblich, einfache Retention durch Incarceration; manuelle Herausnahme; fieberhaftes Puerperium. Entlassung am 13. Tage, 1635 g Gesammtblutmenge.

7) 21jährige Ipara. Seitliche Incisionen; spontane Geburt; Naht; Eiswasserirrigationen, Blutung durch heftige Fußanstöße; erfolglose Expression; einfache Retention durch Kontraktionsring; Entfernung durch Zug; 38,2°; Entlassung am 16. Tage. 1905 g Blutverlust.

8) 23jährige Ipara. Placenta praevia centralis; Tamponade; Blasensprung und Durchbohrung der Placenta; spontane Geburt; Expression; ein kleines Placentarstück bleibt zurück; über dem Muttermund adhärent; muss losgeschält werden. 39,0° Temperatur; Entlassung am 20. Tage. 1350 g Bluverlust.

9) 39jährige VIIIpara. Placenta praevia lateralis; Tamponade; Wendung nach Braxton Hicks; langsame Extraktion; abwartende Methode; nach 1½ Stunde Expression vergeblich; Placenta incarcerirt; in der Hauptsache gelöst, ein kleiner Theil nur fest, muss mit den Nägeln abgekniffen werden; 38,5. Entlassung am 18. Tage.

10) 21jährige Ipara. Schwangerschaftsniere; spontane Geburt; wegen Blutung unvollständige Expression; Lösung der festsitzenden Reste mit den Fingern; langdauerndes Fieber; Thrombose. Entlassung am 54. Tage. 2135 g Blutverlust.

11) 24jährige Ipara. Beckenendlage; lange Geburtsdauer; Kopf durch Cervicalkontraktur retinirt; wegen Blutung frühzeitige Expression; reine Retention durch Incarceration; Entfernung durch Zug; fieberfrei, 15. Tag entlassen; 2620 g Blutverlust.

12) 23jährige Ipara. Lues; macerirte Frucht in Steißlage geboren. Blutung aus Schleimhautriss an der Urethra; Umstechung; Expression nach 1½ Stunde; Placenta zur Hälfte an der vorderen Wand adhärent. 38,9 Temperatur; entlassen am 10. Tage. 970 g Blutverlust.

13) 38jährige IIIpara. Frühere Placentarlösungen; plattes Becken; Frühgeburt durch Katheterisation außerhalb der Anstalt, dabei wohl Perforation des Cervix; träge Geburt mit beginnender Peritonitis; Tympania uteri; frühe Expression; totale Adhärenz der Placenta; stückweise entfernt; Tod am 4. Tage an Perforationsperitonitis.

Aus obigen 13 Fällen deducirt A., dass die Placenta durch einfache Retention, bedingt durch Strikturen, die sich vom Kontraktionsringe abwärts bis zum äußeren Muttermund bilden können, und durch Adhäsionen mit der Uteruswand zurückgehalten werden können.

Die Strikturen sind bedingt durch Reizungen des unteren Uterinabschnittes, wie sie durch die Zange, durch schnellen Durchtritt des Kindes, durch den noch nicht vollständig erweiterten Muttermund, durch heiße oder kalte Vaginalduschen vor Austritt der Placenta und durch unpassende äußere Manipulationen bei Ausübung der Credé'schen Methode hervorgerufen werden.

Die Placentarverwachsungen kommen zu Stande durch entzündliche Vorgänge in der Placenta selbst, wie bei Syphilis, bei Schwangerschaftsniere, eben so auch bei Placenta praevia, wo sicher nach A. Entzündungserreger aus dem Cervix unter die tief sitzenden Placentarabschnitte einwandern und durch Veränderung der Decidua pathologische Anheftungen bedingen; endlich finden sich erfahrungsgemäß häufig

Verwachsungen bei Frauen, die schon Placentarlösungen in früheren Wochenbetten durchgemacht haben.

Von obigen Fällen waren 4 ganz fieberfrei, 5 hatten geringe Temperaturen; in einem Fall bildete sich eine Thrombose, die wochenlanges Kranksein brachte; ein Fall endete letal; die Frau kam bereits mit beginnender Perforationsperitonitis zur Geburt; die Placentarlösung trug hierbei keine Schuld.

Besonders bei einfacher Retention versuchte A., bevor er manuell in den Uterus eingeht, durch einfachen Zug an dem vorliegenden Placentartheil die Nachgeburt zu entfernen, was auch mehrfach gelang. **Menzel** (Görlitz).

6) St. Braun (Krakau). Uterusincarceration durch ein submuköses Fibrom.

(Wiener med. Presse 1889. No. 30.)

Bei der seit Monaten an Harn- und Stuhlverhaltung leidenden Frau ergiebt die Untersuchung einen links über der Symphyse fühlbaren glatten breiten Tumor. Der Uterushals ist erweitert. Der in das Orificium vaginale uteri eingeführte Finger fühlt einen von der Schleimhaut bedeckten harten kompakten Körper, welcher die ganze linke Seite und die hintere Gebärmutterwand einnimmt; rechts kann man mit dem Finger in die Gebärmutterhöhle gelangen, welche $4^1/_2$ cm lang ist. Aus der Scheide entleert sich reichlich Blut.

Die Diagnose lautet auf submuköses Fibrom; die Kapsel des Tumors wird gespalten und in die Wundränder Jodoformgaze gelegt. Nach 3 Tagen war der ganze Tumor in die Scheide herabgesenkt und ließ sich unschwer exstirpiren, worauf alle früheren Beschwerden vollständig aufhörten. **Buschman** (Wien).

7) C. A. Bergh (Gefle, Schweden). Myofibroma uteri subseros. und Schwangerschaft. Laparotomie.

(Hygiea Bd. LI. 1889. No. 5. p. 292.)

Die 41jährige Primigravida befand sich im 4. Monat bei ihrem Eintritt ins Krankenhaus. In der rechten Regio hypogastrica fand sich eine zweimannsfaustgroße, feste, mit der Gebärmutter genau verbundene Geschwulst, und eine solche kleinere fand sich auch linkerseits. Die Frau wurde von den Geschwülsten sehr beschwert, sie konnte weder liegen noch stehen und verlangte um jeden Preis die Entfernung derselben. Laparotomie. Die Geschwülste wurden ausgeschält, und die wunden Flächen der Gebärmuttersubstanz durch Etagennähte vereinigt, dann mit dem Bauchfell durch besondere Nähte bedeckt. Peritonealtoilette. Bauchnaht. Geringe Temperatursteigerung (bis 38,5°) in den ersten 5 Tagen, sonst glatte Geburt. Rechtzeitige Geburt einer lebenden Frucht ohne Kunsthilfe.

Leopold Meyer (Kopenhagen).

8) Lindfors (Lund). Über Tuberculosis peritonaei mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und der operativen Behandlung.

Lund, 1889. 150 S. (Schwedisch.)

Verf. hat 109 mit Laparotomie behandelte Fälle von Bauchfelltuberkulose zusammengestellt, darunter eine eigene schon früher veröffentlichte Beobachtung. Da aber weder der Nachweis von Bacillen noch sogar die mikroskopische Untersuchung als unerlässig für die Diagnose betrachtet wird, sind wohl alle Fälle nicht ganz zuverlässig. — Es werden 7 verschiedene klinische Formen der Krankheit aufgestellt: 3 mehr akute Formen, die Typhoidfieber ähnliche, die lokalisirt peritonitische und die suppurative Form und 4 mehr chronische Formen, die der freien Flüssigkeit, die der abgekapselten Flüssigkeit, die adhäsive, fibrino-plastische Form und endlich die adhäsive, darmverschließende, Ileus verursachende Form, wozu noch als eine achte die letzte Form hinzukommt. — Bezüglich der Diagnose wird nichts Neues gegeben; wenn Verf. (p. 127) sagt, dass Zeichen akuter oder chronischer Reizung der Pleura für die Diagnose einer Bauchfelltuberkulose von großer Bedeutung sei, ist dies wohl recht fraglich; denn bei malignen Geschwülsten der Bauchhöhle, die ja eben oft nur schwierig von der 6. Form der Bauchfelltuber-

kulose des Verf. unterschieden werden, findet sich ja verhältnismäßig häuf Pleuritis. — Verf. tritt bestimmt für die Behandlung mit dem Bauchschnitt ei wo möglich soll auch mit Jodoform gepudert werden. — Die fleißige Arbeit wi gewiss ihren Zweck nicht verfehlen, das Interesse der nordischen Ärzte für d Bauchfelltuberkulose und für die durch operative Behandlung erzielten schön Resultate wachzurufen. **Leopold Meyer** (Kopenhagen).

9) A. Crimail (Pontoise). Fall von Kaiserschnitt.

(Annal. de gynecol. 1889. April.)

Die nicht rachitische Zwergin, 1,28 m, wurde wegen Beckenenge dem Hospit zugeschickt. Vorfall der Nabelschnur, pulslos. Conj. vera auf $4^1/_2$—5 cm geschätz

C. entschloss sich zum Kaiserschnitt, weil er nur einen Kephalotrib zur Ver fügung hatte. [Interessant ist das Geständnis, dass das Hospital von Pontois dessen »Chirurgien en chef« C. sich nennt, kein einziges Instrument besitzt!

Die Uterusnaht wurde mit 10 Silkwormsuturen gemacht, die nicht die ganz Dicke der Wand durchsetzten. Die Heilung verlief ganz glatt.

Heyder (Leipzig).

10) G. Roux und U. Schnell (Marseille). Jodoformbehandlung der chronischen Metritis.

(Annal. de gynécol. 1889. Mai.)

R. und S. berichten über eine Anzahl günstiger Erfolge in der Behandlung der chron. Metritis durch Jodoform, welches in Stäbchenform oder als Glycerinemulsion in den Uterus gebracht wurde.

Wenn auch zugegeben wird, dass mittels Ausschabung schnellere Erfolge erzielt werden, so wollen Verf. doch der Jodoformbehandlung einen Platz neben der Ausschabung anweisen, weil manche Kranken sich leichter dazu herbeilassen; ferner weil dies Verfahren das gefahrlosere sei (doch ist auch Jodoformintoxikation beobachtet worden). Endlich glauben Verf., dass eine Jodoforminjektion besser alle Theile der Mucosa erreiche, als dies mit der Curette der Fall sei.

Heyder (Leipzig).

11) V. Wallich (Paris). Über Pneumonie während der Schwangerschaft.

(Annal. de gynécol. 1889. Juni.)

Aus einer Anzahl französischer, deutscher und italienischer Statistiken zieht W. folgende Schlüsse: Die Schwangerschaft prädisponirt nicht zu Pneumonien. Im Allgemeinen verläuft die Pneumonie in der Schwangerschaft mit höherem Fieber und stärkerer Dyspnoe. Über die Mortalität weichen die Resultate der verschiedenen Statistiken aus einander. In $^1/_3$ und mehr der Fälle trat bis zum 6. Monat Abortus ein, in $^2/_3$ fand vom 6.—9. Monat Unterbrechung der Schwangerschaft statt.

Bedeutend ist die Mortalität der Mütter in den Fällen der vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft. Ob hierbei vermehrte Infektionsgefahr, Lungenödem im Anschluss an plötzlichen Wechsel des Druckes im Cirkulationsapparat oder die Schwere der Pneumonie die Ursachen, wird verschieden angegeben.

Der Einfluss der mütterlichen Erkrankung auf den Neugeborenen ist noch nicht genügend bekannt. Netter fand Pneumokokken in einem Falle, wo das Kind 2 Tage nach der Geburt erkrankte und 6 Tage später starb. Weitere Untersuchungen dieser Art kurze Zeit nach der Geburt gestorbener Kinder scheinen nicht vorzuliegen. Bei Thieren ist der Beweis des Übergangs der Infektion von Mutter auf Frucht experimentell erbracht worden. **Heyder** (Leipzig).

12) G. Heinricius (Helsingfors). Über die Ursachen des ersten Athemzuges.

(Separatabdruck aus der Zeitschrift für Biologie.)

Verf. bespricht in dieser recht umfangreichen Arbeit die zahlreichen Meinungsäußerungen der Autoren über diesen Gegenstand und widerlegt durch zahlreiche physiologische Experimente mehrere der über diese Frage aufgestellten Hypothesen,

auch die Theorie von der Auslösung des ersten Athemzuges durch asphyktisches Blut. Er selbst ist jedoch nicht im Stande, Positives zu bringen, sondern muss die Entscheidung der Streitfrage weiteren Forschungen überlassen. In Bezug auf nähere Daten muss auf das Original verwiesen werden.

F. Spaeth (Hamburg).

13) Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. (Herrn Alfred Hegar zum 25jährigen Gedenktage seiner Ernennung zum ordentlichen Professor gewidmet von seinen Schülern.)

Stuttgart, F. Enke, 1889. 300 S. 4 Tafeln.

R. Kaltenbach. Zur Therapie der malignen Neubildungen des Uterus.

62 Fälle von Totalexstirpation. Die Indikationen waren folgende:

Prolaps 2 Fälle, Carcinom 58 Fälle, davon Collum oder Portio 49 Fälle, davon 29 Fälle vor länger als 1 Jahr operirt; 8 Fälle innerhalb Jahresfrist gesund, in 1 Fall Recidiv nach $1^1/_2$ Jahren. 9 Corpuscareinome, sämmtlich recidivfrei. Sarkom 2 Fälle; 1 Fall gesund. Im Anschluss an die Operation starben 2 Fälle, der eine an Ureterunterbindung und wahrscheinlich auch Blasenverletzung, der andere an einer Mischform von Pyelonephritis und Nierenatrophie mit Sublimatintoxikation.

Von den 35 Totalexstirpationen, vor mehr als Jahresfrist wegen maligner Neubildungen ausgeführt, starb 1 Fall in Folge der Operation, 13 sind recidivfrei; 19 bekamen ein Recidiv innerhalb des ersten Jahres, 2 sind unbekannt.

Im Übrigen befürwortet K. die Totalexstirpation, sobald die Erkrankung über den Scheidenansatz hinaufreicht. Die Technik anlangend macht er einen Verschluss der Peritonealwunde und von den Desinfektionsmitteln während und nach der Operation vorsichtigen Gebrauch. Durch die osteoplastische Resektion des Kreuzsteißbeins wird wohl eine bessere Übersicht des Operationsfeldes in schwierigen Fällen, nicht aber eine wesentliche Ausdehnung des dem Messer erreichbaren Territoriums geschaffen. Bei Ureterenverletzungen und Fisteln empfiehlt K. die Anlegung einer Blasenscheidenfistel mit Kolpokleisis, nicht die gleichseitige Nephrektomie.

Carl Stahl. Beitrag zur supravaginalen Amputation des puerperalen septischen Uterus.

35jährige Ipara, normale Geburt, vollständige Eihautretention bei multiplen subserösen und interstitiellen Fibromen. Eihautreste im Muttermund nicht zu fühlen. Baldige Temperatursteigerung, Uterusausspülungen. 8 Tage p. p. Curettement der buchtigen Uterushöhle, Tamponade mit Jodoformgaze. Temperatursteigerung fortbestehend, dazu gesellte sich eine Thrombose der linken Beckenvenen ohne Parametritis, auf mechanischen Verhältnissen beruhend und eine beginnende Erweichung eines Fibromknollens, weshalb 13 Tage p. p. die obige Operation ausgeführt wurde. Extraperitoneale Stielbehandlung. Genesung.

Carl Reinl †. Untersuchungen über den Hämoglobingehalt des Blutes in den letzten Monaten der Gravidität und im Wochenbett.

Eine Nachprüfung der Untersuchungen von Fehling (gesteigerter Hämoglobingehalt bei relativ sehr niederen Blutkörperchenzahlen. Dieses Blatt 1886, p. 412) und P. J. Meyer (chloroanämischer Zustand mit Verminderung der Blutfarbstoffmenge und der rothen Blutkörper. Dieses Blatt 1887, p. 761).

Die in der Schauta'schen Klinik zu Prag vorgenommene Untersuchung erstreckt sich auf 10 nicht schwangere und 51 schwangere Personen und ergab, dass während der Schwangerschaft keine Anämie bestände, vorausgesetzt, dass keine die Allgemeinernährung störenden Zustände dazutreten. Die Mittelzahl der von R. gefundenen Blutkörper übertraf die von Fehling gefundenen Werthe. Betreffs der Methodik muss das Original eingesehen werden.

Albert Hoffa. Die Kastration bei Osteomalacie.

Zusammenstellung von 4 Fällen Fehling's, 1 Fall Winckel, 2 Fälle P. Müller, 1 Fall Hoffa. 31jährige IVpara Gravidität im 3. Monat. Kartenherzbecken. Conjug. 7 cm. Künstlicher Abort (Bumm), Kastration (Hoffa). 9 Monate p. op. schmerzfrei.

Ernst Odebrecht. Über Neurosen im Gefolge von gynäkologischen Erkrankungen.

Die Neurosen betrafen die sensible, motorische und vegetative Sphäre. Der 1. Fall eine Trigeminusneuralgie, ausgelöst von einer Retroflexio; erfolglose Pessarbehandlung. Curettement hatte nur vorübergehenden Erfolg. Weil der Uterus immer wieder rückfällig wurde, entschloss sich O. zur Ventrofixation nach Leopold. Erfolg einige Monate kontrollirt.

Der II. Abtheilung gehören 3 Fälle an. Eine Frau litt an Zittern und krampfartigen Anfällen, dieselben steigerten sich besonders bei Stuhlverstopfung. Die Abrasio mucosae brachte Heilung. Eine 2. Frau wurde wegen Singultus ausgekratzt, worauf Besserung eintrat, vollständige Heilung nach einer weiteren Chlorzinkbehandlung. 3. Fall. Virgo mit Retroflexio. Die Reposition änderte an dem Krankheitsbild nichts, dasselbe bestand in klonischen Zuckungen des ganzen Körpers, Glottiskrampf, Cyanose, Luftschlucken, Unfähigkeit mehrere Worte hinter einander vorzubringen, Obstipation, Kolik, Migräne. Kastration, wobei das eine Ovarium kleincystisch degenerirt gefunden wurde, brachte Heilung.

Das vegetative System war 2mal erkrankt, — hochgradige Diarrhoen — 1mal bestand Metritis, das andere Mal dysmen. Beschwerden. Im 1. Fall brachte die Amputatio colli, im zweiten das Curettement Heilung. Zu einem kurzen Referat sind gerade derartige Beobachtungen wenig geeignet.

Gustav Schmalfuß. Zur Kasuistik der Amputatio uteri supravaginalis bei Myomen.

Ein Beitrag zur Frage ob extra- oder intraperitoneale Stielbehandlung. Die 11 Fälle stammen aus der Klinik von M. Schede. Die ersten 5 intraperitoneal behandelten Fälle starben sämmtlich, 3 weitere extraperitoneale heilten; in einem 4. günstigen war der Uterus so dünn ausgezogen und der Cervicalkanal obliterirt, dass der Stiel unbedenklich versenkt werden konnte. Die beiden letzten Fälle wurden wieder intraperitoneal behandelt, das Peritoneum in mindestens 2 Etagen nach Art der Darmnaht mit einander durch fortlaufende Naht absolut schließend vernäht. Das Peritoneum muss dabei in großer Breite ohne jede Spannung an einander liegen. Zu dem Zwecke wird ähnlich, wie bei der Amputation einer Extremität, eine Peritonealmanschette ausgespart. Schließlich giebt S. der extraperitonealen Methode vorläufig noch den Vorzug.

W. Wiedow. Die definitiven Resultate der Kastration bei Uterusfibrom.

66 Fälle mit 5 Todesfällen = 7,6%, davon 4 bei den 24 ersten Operationen.

Zur Beurtheilung der Endresultate werden nur 3 Jahr oder länger beobachtete Fälle (37) herangezogen, davon zeigten 21 Menopause unmittelbar p. op., 15 Fälle Menopause nach ein oder mehrmaligen Blutabgängen, 1 Fall ½ Jahr lang Menopause, dann regelmäßige schwache Periode (es war sicher kein Ovarialstroma zurückgeblieben). In 24 Fällen von 33 verwerthbaren verschwand der Tumor vollständig, 8mal schrumpfte er stark, nur 1mal zeigte er keine Abnahme. Auf Grund dieser günstigen Resultate will W. die Myomexstirpation reserviren 1) für die gestielten subserösen oder submukösen Tumoren, 2) die fibrocystischen Tumoren, 3) die Kolossaltumoren.

Gustav Bulius. Die kleincystische Degeneration des Eierstocks.

15 genau untersuchte Fälle, besw. deren wir auf das Originalreferat in diesem Blatt 1889, No. 32, p. 563 verweisen.

Ernst Sonntag. Plastische Operationen zur Wiederherstellung des gerissenen Dammes und zur Heilung der Vorfälle.

Die Arbeit von S., zugleich seine Habilitationsschrift, schildert die in der

Freiburger Klinik geübten Methoden, giebt eine Kritik derselben und stellt die definitiven Resultate fest. Die Anzahl der in Tabellenform angeordneten Operationen beträgt 307, ausgeführt an 296 Pat. Die Eintheilung ist folgende: I in komplete Dammrisse ohne höhere Grade von Senkung und Vorfall, II. Prolapsoperationen, III. komplete Dammrisse. Die nachfolgende Tabelle giebt eine Übersicht über die Operationsmethoden und die primären Erfolge.

Methode	Vollständige primäre Heilung				Heilung per secundam				Vollständiger Misserfolg				Gesammt-Summe
	I	II	III	Summe	I	II	III	Summe	I	II	III	Summe	
Hegar	74	154	26	254	—	5	1	6	—	1	1	2	262
Freund	1	1	4	6	—	—	—	—	—	—	1	1	7
Martin	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Tait (Sänger)	4	5	2	11	—	1	—	1	—	—	—	—	12
Simpson	1	13	3	17	—	—	—	—	—	1	—	1	18
Zweifel	1	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Neugebauer	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Fritsch	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1
Frank	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	2
Summa	81	177	35	293	—	8	2	10	—	2	2	4	307

Die definitiven Resultate sind eben so vorzüglich. Von 67 Pat. der II. Gruppe, wobei nur die Operationen bis zum Jahre 1887 berücksichtigt sind, sind 4 gestorben, 31 wurden persönlich untersucht, 32 schickten schriftliche Nachrichten. Im Ganzen kamen 5 Recidive vor, 3 davon im Anschluss an Geburten = 92,1% definitive Heilungen. Seit 1887 sind S. noch 2 Recidive bekannt geworden. Betreffs der weiteren Details verweisen wir auf das Autoreferat von S., der gelegentlich des III. Gynäkologenkongresses 10 nach den verschiedenen Methoden operirte Fälle vorstellte (d. Bl. 1889, No. 29 p. 500). **G. Middeldorpf** (Breslau).

14) Szabó (Budapest). Behandlung der Endometritis.

(Budapesti Niv. orvosegyesület. 1889. Februar 22.)

Verf. empfiehlt (mit Rheinstädter, Bröse etc.) die Chlorzinklösung (Zink. chlor. Aqua dest. aa) gegen Endometritis. Er taucht die mit Watte umwickelte Playfair'sche Sonde in die Lösung und führt sie dann rasch in die vorher gründlich desinficirte und sondirte Uterushöhle; 3—5 Tage später beginnt er die Uterushöhle, mittels der Bandl'schen (mit vielen Fenstern versehenen) Röhre mit 3%iger Chlorzinklösung auszuspülen. 41 auf diese Art mit Erfolg behandelte Fälle sprechen für dieses einfache Verfahren. **Temesváry** (Budapest).

15) T. M. Girdlestone (Melbourne). Eiternde Hydatidencyste im Abdomen einer Schwangeren, Incision, Heilung.

(Austral. med. journ. 1888. December 15.)

Letzte Geburt vor 11 Monaten; Geschwulst bemerkt vor 9 Monaten; in den letzten 3 Wochen 4 Punktionen, von denen die 3 ersten klare wässrige Flüssigkeit ergaben, die letzte ohne Resultat blieb. Abendliche Fiebersteigerungen etc. ließen die Diagnose auf Vereiterung einer Hydatidengeschwulst sicher erscheinen. Eine gleichzeitig bestehende neue Schwangerschaft wurde übersehen. Der Tumor reichte etwas über Nabelhöhe und noch etwas beweglich.

Um die Cyste zunächst an der Bauchwand zu fixiren, wurden 3 Acupressurnadeln durch Haut — Cyste — Haut, 3/4 Zoll Zwischenraum angelegt und mit Achtertouren von Seide befestigt. Am folgenden Tage, nach Entfernung der mittelsten, incidirt, Cyste mit Bauchwunde vernäht, Eiter und Tochtercysten massenhaft entleert, auch die anderen zwei Acupressurnadeln entfernt, drainirt, mit Sublimat

das Innere der Cyste desinficirt, und schließlich Ausheilung erzielt. Nach 4 Monaten erfolgte die Geburt eines lebenden, ausgetragenen Kindes.

Zeiss (Erfurt).

16) **G. C. Nijhoff.** **Incarceration und Retroflexio uteri gravidi.**

(Nederl. tijdschr. v. Verlosk. en Gynäkol. Jahrg. I. No. 1.)

N. traf eine 36jährige Multipara mit schmerzhaftem Gesichtsausdruck, beschleunigtem Puls, aber mit nicht gesteigerter Hauttemperatur, im Bette liegend. Sie klagte schon während einiger Zeit über Harn- wie auch über Stuhlbeschwerden: seit 36 Stunden hatte sie jedoch keinen Harn lassen können. Außerdem hatte sie Bauchschmerzen und Tenesmus ani, und fühlte sich sehr beklemmt.

Beim Palpiren zeigte sich die Blase stark ausgedehnt, bis über den Nabel hochstehend hinausragend. Die Portio vaginalis, ganz nach vorn hin gestreckt, war kaum zu erreichen; mit ihr zusammenhängend, fühlte man einen Tumor von ungefähr Kindskopfgröße, im Cavum Douglasii liegend und das kleine Becken fast vollständig ausfüllend. Per rectum untersuchend wurde die Diagnose: Retroflexio uteri gravidi näher bestätigt. Die Frau war in dem 4. Schwangerschaftsmonat.

N. entleerte mit einem Männerkatheter ungefähr 1500 cm Harn und konnte nachher mit 4 Fingern den Uterus gravidus theilweise aus dem kleinen Becken reponiren, während der Fundus uteri vom Rectum hinaus bis über das Promontorium gebracht werden konnte. Der Frau wurde empfohlen, aller 3 Stunden Harn zu lassen und bis zum nächsten Morgen entweder in der Sims'schen Lage oder auf dem Bauche zu liegen. Die Harnentleerung fand seitdem normaliter statt und die schwangere Gebärmutter sank nicht wieder ins kleine Becken hinab.

Verf. tritt in eine nähere Besprechung einzelner Symptome ein und hebt besonders hervor, dass man die Retentio urinae nicht betrachten soll als ein die plötzliche Lageveränderung bedingendes Moment, sondern nur als ein Symptom der schon vor der Konception fehlerhaften Lage der Gebärmutter. Eben so deutet er auf die Entstehungsweise der hierbei vorkommenden Incontinentia urinae hin, wie auch auf ihre Gefahren.

Eben so hat man auf die Mastdarmbeschwerden Acht zu geben, da sie irrthümlich Ileus vermuthen lassen können.

Spontane Heilung ohne Abortus ist nur äußerst selten, was sich auch leicht erklären lässt, ärztliche Hilfe wird also immer nöthig sein. Man fängt immer an die Blase zu entleeren, was am besten gelingt mit einem metallenen Männerkatheter. Mehrere Geburtshelfer überlassen es dann der Heilkraft der Natur, lassen der Frau die Seiten- oder Bauchlage einnehmen und katheterisiren sie wiederholt, während andere empfehlen, gleich nach dem Katheterismus die Reposition zu versuchen, was in den meisten Fällen gelingt. Misslingt sie, so hat man nur einige Stunden zu warten, um sie aufs Neue zu versuchen. Öfters wendet man dazu die Knie-Ellbogenlage und eine tiefe Narkose an. Auch wenn jeder Versuch zum Reponiren misslingt, braucht man noch nicht gleich den Uterus zu punktiren, wie Zweifel vorschlägt. Doch kann man nach Entleerung der Blase und des Mastdarmes, immer noch eine abwartende Haltung einnehmen.

Gelingt es nicht die Blase mit dem Katheter zu entleeren — so kann man sie mit einem ganz feinen Trokar punktiren, trotzdem dieses Verfahren bei dem vielleicht septischen Harn und der wahrscheinlichen Parese der Blase nicht ohne Gefahr ist. Besser wird es sein den Uterus zu verkleinern, entweder durch eine Sonde oder Bougie im Halskanal einzuführen, damit man Abortus erreicht, oder die Gebärmutter von der Vagina aus zu punktiren. Verf. empfiehlt dieses nicht vorzunehmen, bevor man ein Consilium abgehalten hat mit einem oder mehreren Kollegen, damit man nicht unnöthigerweise mit dem Strafgesetz in Konflikt kommt.

A. Mijnlieff (Breukelen).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 8. **Sonnabend, den 22. Februar.** **1890.**

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS. FEB 7 1891

Inhalt: I. **A. Loebel**, Ein Fall von Purpura bei eintretendem Klimakterium. — II. **Schücking**, Bemerkungen über die Methode der vaginalen Fixation bei Retroflexio und Prolapsus uteri. — III. **Tampke**, Zwei Fälle von Retroflexio uteri, geheilt durch vaginale Fixation nach Schücking. (Original-Mittheilungen.)

1) **Nagel**, Herkunft des Fruchtwassers. — 2) **Straub** und **Sanchez-Toledo**, Experimentelle Sepsis. — 3) **Doléris**, Oophoro-Salpingitis.

4) Gynäkologische Gesellschaft zu Leipzig. — 5) **Pinard**, Extra-uterin-Schwangerschaft. — 6) **Veit**, Pyosalpinx. — 7) **Edwards**, Pyopneumothorax in der Schwangerschaft. — 8) **Jamin**, Incontinentia urinae.

Erklärung.

I. Ein Fall von Purpura bei eintretendem Klimakterium.

Von

Dr. Arthur Loebel, Wien-Dorna.

Die Wechselbeziehungen zwischen dem Blutgefäßsystem der Haut und des Genitaltractes sind dem Dermatologen eben so bekannte Thatsachen, wie dem Gynäkologen, und einschlägige Erörterungen finden sich eben sowohl schon im alten Lehrbuche der Hautkrankheiten von Hebra und Kaposi, wie in den jüngst publicirten Vorträgen Müller's über die Krankheiten des weiblichen Körpers. Die sich einstellende Behaarung mancher Körperregionen zur Pubertätszeit, die zunehmende Pigmentbildung während gewisser Epochen des Geschlechtslebens, die venöse Hyperämie der Haut bei gewissen Mädchen und Frauen zur Zeit des Menstrualflusses und die bläulichen Ringe um die Augen derselben sind eben so, wie die vermehrten Schweiße und der Ardor fugax bei beginnendem Klimakterium sichtbare und unleugbare Beweise für die Innigkeit des Zusammenhanges, welcher zwischen der Haut und den weiblichen Geschlechtsorganen besteht.

Ob nun Hebra Recht hatte, wenn er von der Ansicht ausging, dass die Menstruation bloß eine Prädisposition für die Erkrankungen der Haut schaffe und dass dieselbe von individuellen oder örtlichen

Verhältnissen abhänge oder ob Heitzmann[1] die Thatsachen richtiger deutet, wenn er einen Schritt weiter macht und das Ausbleiben der menstruellen Blutung während des Auftretens vikariirender Erscheinungen auf der Haut als Folgen einer und derselben Störung in den Funktionen des Gesammtorganismus auffasst, mag schwer zu entscheiden sein. Der folgende Krankheitsfall mit den Blutaustritten in das Unterhautzellgewebe, die sich zwar an die ausgebliebene Menstrualblutung eng anschlossen, aber ungeachtet der Periodicität solcher uteriner Blutausscheidungen, kontinuirlich erfolgten, würde dafür sprechen, dass bei Herstellung des Gleichgewichtes im Haushalte die menstruellen Blutdrucksteigerungen derart äquilibrirt werden, dass die Blutaustritte am Locus minoris resistentiae zu Tage treten. Denn seitdem Rabuteau[2], Jacobi[3], Ott und Hegar[4] nachgewiesen haben, dass der Blutdruck in der zweiten Periode der Intermenstrualzeit konstant ansteigt, um knapp vor dem Eintritt der Blutung erst abzufallen, erscheint es mir natürlich, dass auch die Exsudationen in das subkutane Bindegewebe bei ausbleibender Blutsekretion der Uterinalschleimhaut bloß die direkte Folge des gesteigerten Blutdruckes seien.

Die Blutdruckmessungen während der in unserem Falle befolgten Therapie mögen nun des Weiteren und des Genaueren diese Annahme illustriren.

G. Theophila, 50 Jahre alt, Pfarrerswittwe aus D. in der Bukowina, vermisst seit etwa 4 Monaten die Menstrualblutung, die früher regelmäßig in vierwöchentlichem Typus durch 3 Tage aufzutreten pflegte; wohl aber fand sie sich seit der Zeit durch Fluor albus, Magenbeschwerden mit Appetitlosigkeit und Sodbrennen bei geregelten Stuhlentleerungen und zur Zeit des erwarteten Blutflusses durch Blutwallungen, Schlaflosigkeit und Kreuzschmerzen behelligt. Seit derselben Zeit hat sich auch ein lästiges Hautjucken eingestellt und die Kranke bemerkte zu ihrem Schrecken eine Unzahl rother Flecken am ganzen Körper, die plötzlich ohne vorherige Beschwerden aufgetreten waren und sich immer mehr vermehrten. Zudem laborirt die Dame schon seit vielen Jahren an Husten mit Schleimauswurf.

Status praesens: Die schmächtige Pat. ist von kräftiger Konstitution, die Hautoberfläche ihrer Extremitäten, namentlich der Oberschenkel und Vorderarme, so wie diejenige des ganzen Stammes ist von punktförmigen bis linsengroßen, disseminirten, theils lebhaft rothen, theils bereits verfärbten Flecken bedeckt, die unter dem Fingerdrucke nicht schwinden. Die Perkussion der Lungen ergiebt bei normalem Schalle normale Grenzen, die Auskultation diffuse, großblasige Rasselgeräusche. Im Herzen und Abdomen ist nichts Abnormes zu konstatiren. Die Vaginalportion ist verkürzt, der Uterus verkleinert, der äußere Muttermund secernirt einen milchfarbigen, dünnflüssigen Schleim.

Nachdem der Bronchialkatarrh der Pat. schon jahrelang bestand und ihr keine Besorgnis mehr einflößte, wollte sie nur von ihrem frisch acquirirten Hautleiden befreit werden. Da sie sich aber gerade im Stadium der beginnenden Menopause befand und es bei dem erhöhten Blutdrucke (160 mm nach dem Baschischen

---

[1] Vikariirende Menstruation und Menstrualexantheme. Wiener med. Jahrbücher 1884.

[2] De l'influence de la menstruation sur la nutrition. Gaz. méd. de Paris 1870 No. 51, 1871 No. 3.

[3] The question of rest for women during menstruation. New York 1877.

[4] Bemerkungen zur Menstruation. Arch. f. Gynäkol. Bd. XXII.

Sphygmomanometer) auf der Hand lag, dass die Purpura nur in Folge desselben aufgetreten war, als Kompensation für die Sistirung der menstruellen Blutausscheidungen, so befand ich mich in der unliebsamen Situation, der Pat., welche auf die Durchführung einer Badekur um so energischer bestand, als sie trotz anderweitiger, monatelanger Medikation keinerlei Erfolg sah, etwas Indifferentes anzurathen. Et ut aliquid fieri videatur griff ich zu den Moorextrakten, in der Erwartung, durch den Gebrauch dieses anspruchslosen Mittels den Kapillaren keinerlei Mehrleistung aufzubürden.

In diesem Sinne versuchte ich nun alle zwei Tage ein 38° C. warmes Bad durch 20 Minuten mit dem Zusatze von einer ganzen Flasche Moorlauge und konstatirte während der ersten sieben Bäder unmittelbar nach jedem Bade eine Herabsetzung des Blutdruckes um 10—20 mm, welche in den darauf folgenden sechs Stunden um weitere 10—20 mm sank, so dass der Abfall des Blutdruckes an manchen Tagen 40 mm betrug. Eben so fiel der Puls mit Ausnahme zweier Tage, an denen psychische Einflüsse eine Steigerung verschuldet hatten, unmittelbar nach dem Bade um 2 Schläge und differenzirte sechs Stunden später regellos um einige mehrere Pulsschläge.

Als auch das Jucken geschwunden war, ging ich, da das Absinken des Blutdruckes nach dem Gebrauche der Moorlaugenbäder konstant blieb, zum Moorsalz als dem kräftigeren und koncentrirteren Präparate über, je ein Kilogramm einem Bade zusetzend. Da stieg wohl unmittelbar nach jedem Bade der Blutdruck um 10—20 mm, aber derselbe fiel wieder in den darauf folgenden 6 Stunden bis auf zweimal um 20—40 mm und ging selbst in diesen 2 Fällen bis zum Morgen des zweitnächsten Tages um 20—30 mm zurück, so dass die Tendenz der Blutdruckverminderung offenbar zu Tage trat und die Blutdrucksteigerung bloß einen flüchtigen Charakter erhielt. Hierbei hatte sich nach weiteren 6 Bädern der weitaus größte Theil der lebhaft rothen Flecken, ohne die Form und Größe merklich zu ändern, in gelblichgrüne und braune umgewandelt und waren auch inzwischen keine Anzeichen frisch erfolgter Hämorrhagien aufgetreten.

Da die Turgescenz der Haut nach den Bädern eine erhöhte Fluxion zu derselben bekundete, so ist der Abfall des Blutdruckes und die Verminderung der Pulsfrequenz auf die Erweiterung der Blutbahnen im Bereiche der Hautgewebe zurückzuführen. In weiterer Folge dieses physiologischen Vorganges mussten aber nicht allein die einzelnen Kapillargefäßbezirke, in denen es zur Diapedesis gekommen war, entspannt werden, sondern auch die arterielle und venöse Hyperämie mit der Erweiterung des Blutstromes die hämorrhagischen Exsudationen in einem ausgedehnteren Gebiete zur Resorption bringen. Andererseits erfolgte mit der Verminderung der Blutaustritte und mit der Entspannung der Kapillaren auch diejenige der in diesen Bezirken verbreiteten Nervengeflechte, so dass mit der sistirten Reizung derselben auch das Jucken der befallenen Hautpartien aufhörte. Die intensivere und nachhaltigere Nachwirkung der koncentrirteren Präparate beschleunigte schließlich den fortschreitenden Resorptionsprocess der Purpuraflecken.

II. Bemerkungen über die Methode der vaginalen Fixation bei Retroflexio und Prolapsus uteri[1].

Von

Dr. Schücking, Pyrmont.

Einschließlich der 14 von Thiem operirten und auf der letzten Naturforscherversammlung zu Heidelberg mitgetheilten Fälle liegen

[1] Nachdem Vorstehendes bereits dem Druck übergeben war, hat die Methode den Rathschlägen der Herren Geheimrath B. Schultze und Prof. Zweifel einige nicht unwesentliche Verbesserungen zu verdanken gehabt. Über diese sowohl, wie über zwei mit gütiger Erlaubnis der genannten Herren in den Kliniken von Jena und Leipzig von mir operirte Fälle kann selbstverständlich erst in der Folge ein

nunmehr 62 Fälle vor, in denen bei Retroflexio und Prolapsus uteri das Verfahren der vaginalen Ligatur resp. Fixation angewandt ist.

Die erste Reihe von 20 Fällen, bei denen der Faden zu früh entfernt wurde und während der Nachbehandlung kein Pessar eingelegt war, kann selbstverständlich nicht zur Beurtheilung der Operationsmethode, wie sie jetzt gehandhabt wird, dienen. Trotz der angeführten Mängel waren bei diesen 20 Fällen 12 Dauerheilungen zu konstatiren.

In den weiteren für uns allein in Betracht kommenden 43 Fällen war auch nicht ein Misserfolg zu verzeichnen.

Da die meisten der betreffenden Fälle schon vor Jahresfrist operirt worden sind und der letzte Fall immerhin seit 3 Monaten beobachtet worden ist, so sind die erzielten Erfolge wohl unzweifelhaft als dauernde anzusprechen.

Es kann meine Absicht nicht sein, über die Indikationsstellung bezüglich der operativen Behandlung der Retroflexio hier zu sprechen. Ich will nur darauf hinweisen, dass bekanntlich in vielen Fällen von Retroflexio eine Auskratzung, eine antiphlogistische Behandlung etc. genügt, um die vorhandenen Beschwerden zu beseitigen — dass aber in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle diese Behandlung nicht ausreicht. Wir wissen ferner, dass sowohl die Massagebehandlung nach Schultze und Brandt, als auch die Applikation von Pessaren nur für eine eng begrenzte Anzahl von Fällen dauernde Heilung erzielen lässt. Wenn wir die operativen Behandlungsmethoden bei Retroflexio uteri prüfen, so erinnern wir uns in Betreff der Ventrofixation an das Wort von Freund: Der nicht schwangere Uterus gehört nicht in die Bauchhöhle, sondern in die Beckenhöhle. Gusserow sah in keinem seiner Fälle von Ventrofixation dauernde Heilung eintreten. Alexander-Adam's Operation ist schwierig, setzt die Anlegung nicht unbeträchtlicher Wunden voraus und führt häufig zu Misserfolgen. Diesen Erfahrungen gegenüber möchte ich darauf hinweisen, dass die vaginale Fixation von allen konkurrirenden Behandlungsmethoden die einfachste und gefahrloseste ist und nach den jetzt vorliegenden Erfahrungen stets sicher zum Ziele führt.

Was die Technik der Methode betrifft, so möchte ich hier bemerken, dass man den Faden nicht vor der 8. bis 10. Woche entfernen soll. Dass man nach der Operation zunächst ein Hodge- oder Thomaspessar einlegen muss, ist schon erwähnt. Statt des Seidenfadens, dessen Entfernung Schwierigkeiten bereiten kann, habe ich in den letzten Fällen starke Florentiner Seide genommen. Dieselbe hat sich recht brauchbar erwiesen.

Ist in Folge des starken Abdrängens der Blase nach links die Blasenschleimhaut lädirt und zeigt der Urin blutige Färbung, so

---

abschließendes Urtheil gefällt werden. Ich möchte schon jetzt beiden Herren, so wie den assistirenden Herren für das wohlwollende Entgegenkommen, das ich gefunden, meinen angelegentlichen Dank aussprechen.

leistet statt der von mir empfohlenen Einlegung von Jodoform- oder Salolstiften auch die von Thiem befürwortete Ausspülung der Blase mit einer schwachen Thymollösung gute Dienste. Ich habe in einem Falle, in dem eine mäßige Blasenblutung eintrat, die Urethra erweitert und die Blasenhöhlung mit dem Finger genau untersucht. Es konnten stets nur unbedeutende Verletzungen durch den Katheter vorliegen — der Faden lief zwar ziemlich dicht an der Blase vorbei, hatte aber die Blasenschleimhaut nicht mit gefasst.

Bei der Operation selbst ist es besonders wichtig, den Uterus gleichmäßig und langsam abwärts zu ziehen. Man muss sich hierzu Zeit lassen. Nachdem man dem Assistenten, der den Katheter hält,

auch die Muzeux'sche Hakenzange übergeben hat, untersuche man, ob auch der Uterus tief genug steht, so dass die Nadel unter dem rechten Schambeinast passiren kann. Vor Allem achte man aber darauf, dass die Nadelspitze auch am Fundus uteri und nicht etwa an einer tieferen Stelle der vorderen Corpuswand liegt. — Will man vermeiden, dass in der Folge der Faden die vordere Muttermundslippe durchschneidet, so bringe man an demselben einen durchbohrten runden Knopf an oder führe nach dem Vorschlage von Thiem den Faden nicht aus dem äußeren Muttermunde heraus, sondern durchsteche erst die vordere Collumwand.

Eine besondere Kontraindikation gegen die genannte Methode

in den Fällen, in denen überhaupt eine operative Behandlung indicirt ist, habe ich nicht auffinden können.

Vorhandene Adhäsionen werden vorher nach dem Verfahren von B. Schultze gelöst.

Vorstehender schematischer Sagittalschnitt kann die obwaltenden Verhältnisse nur annähernd wiedergeben, da der (durch eine punktirte Linie angedeutete) Faden nicht hinter der Blase, sondern rechts neben derselben liegt.

III. Zwei Fälle von Retroflexio uteri, geheilt durch vaginale Fixation nach Schücking.

Von

Kreisphysikus Dr. **Tampke** in Stolzenau.

1) Frau V., 52 Jahre alt, leidet seit Jahren an einem Prolaps der vorderen Vaginalwand und an Retrofl. ut. Sie trägt seit langer Zeit einen Mayer'schen Ring, hat das beständige Gefühl von Herabtreten und Drängen eines Gegenstandes nach den äußeren Genitalien und ist dadurch im Gehen behindert.

Im Anfang d. J. konsultirt, versuchte ich, da runde Ringe nicht mehr vertragen wurden, Hebelpessare, musste solche aber stets nach etlichen Tagen der Schmerzen wegen, die sie verursachten, entfernen. Ich schlug der Pat. vor, die vaginale Fixation durch Dr. Schücking in Pyrmont vornehmen zu lassen, der dieselbe denn auch im Anfang Juli 1889 vollzog. Die Frau kehrte nach 8 Tagen hierher zurück, blieb aber noch etliche Zeit ruhig im Bette liegen, nur über Harndrang klagend. Der Urin war etwa 3 Wochen nach der Operation trübe und einen dicken Satz absetzend, der aus Schleim und Blasenepithelien bestand. Sechs Wochen nach der Operation wurde der Faden, der theilweise durchgeschnitten hatte, entfernt und verloren sich die Harnbeschwerden, so wie die trübe Beschaffenheit des Urins ohne weiteres Zuthun.

Der Prolaps der Vagina so wie die Retroflexio ut. sind vollständig gehoben und erfreut sich die Frau nunmehr eines guten Befindens.

2) Frau K., 28 Jahre alt, leidet seit der vor 7 Jahren stattgefundenen Entbindung an Kreuzschmerzen und allerlei nervösen Beschwerden. Als sie Anfang 1889 in meine Behandlung kam, konstatirte ich Retrofl. ut. Der Uteruskörper ist verlängert und verdickt, die Reposition ist sehr schwierig, und gelingt erst nach mehrtägiger Bauchlage in Knie-Ellbogenlage. Ein Pessar hält den Uterus gut in Anteflexionsstellung, macht aber nach etlicher Zeit Schmerzen und muss zeitweilig entfernt werden. Der Uterus steht nach der Entfernung wieder retroflektirt. Mein Vorschlag, das Übel durch eine Operation zu heben, wird acceptirt und die vaginale Fixation durch Dr. Schücking im September 1888 ausgeführt. Nach 24 Stunden muss die Ligatur wegen einer uterinen Blutung entfernt werden. Nachdem die Frau hierher zurückgekehrt ist, lässt sich bei der Untersuchung die frühere Retroflexio konstatiren. Die Operation wurde am 17. August 1889 von Dr. Schücking wiederholt. Der Faden blieb jetzt etliche Wochen ohne nennenswerthe Beschwerden liegen. Nach seiner Entfernung ist die Retroflexio dauernd gehoben.

---

1) **Nagel.** Beitrag zur Lehre von der Herkunft des Fruchtwassers.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXV. Hft. 1.)

Mit Rücksicht auf die noch immer nicht hergestellte Klarheit über die Bedeutung und Herkunft des Fruchtwassers, besonders in

der ersten Hälfte der Schwangerschaft, sucht N. die Frage auf Grund anatomischer Untersuchungen der embryonalen Sekretionsorgane des Menschen näher zu beleuchten. Er untersuchte vor Allem die Urnieren und die bleibenden Nieren in ihrer ersten Entwicklung an menschlichen Föten.

An den Urnieren bestätigt er im Großen und Ganzen die von früheren Autoren zum großen Theil an höheren Wirbelthieren, zum geringeren Theil am Menschen erhobenen Befunde, so besonders die relative Mächtigkeit der Glomeruli und die durch Größe und sonstige Beschaffenheit bedingte Verschiedenheit des Epithels des medialen und des lateralen Abschnittes der gewundenen Urnierenkanälchen. Die Rückbildung des Wolff'schen Körpers hält nach seinen Beobachtungen Schritt mit der allmählichen Entwicklung der bleibenden Niere.

Die Entwicklung der bleibenden Nieren findet er beim Menschen im Wesentlichen eben so, wie sie von anderen Forschern an höheren Wirbelthieren gefunden worden, ausgenommen, dass beim Menschen nur eine einfache Anlage vorhanden ist, nicht die Entstehung aus mehreren getrennten Anlagen. Die ersten Glomeruli fand N. bei Embryonen von 30 mm Länge.

Die jüngsten Embryonen, die N. untersuchte, waren 11—13 mm lang. Die ausführliche Beschreibung seiner an Serienschnitten erhobenen Befunde, bezüglich deren interessanter Einzelheiten auf die Arbeit selbst verwiesen werden muss, erläutert er durch 5 beigefügte sehr übersichtliche Abbildungen.

Verf. weist auf die Ähnlichkeit in dem Bau der Urniere mit dem der bleibenden Niere in ihrer ersten Entwicklung hin und folgert daraus, dass auch die Funktion der Urniere eine ähnliche ist, wie die der bleibenden Niere und »dass also das Fruchtwasser auch in der ersten Zeit der Schwangerschaft, zum Theil wenigstens, ein Endprodukt des embryonalen Stoffwechsels darstellt«. Die Möglichkeit der Bildung des Fruchtwassers durch Transsudat aus den mütterlichen Gefäßen und aus dem Gewebe des Embryo leugnet N. nicht. Um die Zeit nun, wo die bleibende Niere funktionsfähig wird (Ende des 2. Monats) übernimmt sie die Funktion des sich zurückbildenden Wolff'schen Körpers nach und nach.

Der Abfluss des Sekrets erfolgt Anfangs direkt in den Amnionsack, später in die Harnblase, welche ihrerseits den Inhalt periodisch in den Fruchtsack entleert, für welchen Umstand mehrfache Beobachtungen sprechen. **Pfannenstiel** (Breslau).

---

2) **Straub** und **Sanchez-Toledo** (Paris). Experimentelle puerperale Sepsis.

(Nouv. arch. d'obstetr. et de gyn. 1889. No. 6.)

An Thieren (Kaninchen, Meerschweinchen, Mäusen und Ratten) stellten die Verf. Untersuchungen über das Vorkommen von Mikroorganismen im puerperalen Uterus in der Weise an, dass sie die Thiere in verschiedenen Zeiträumen nach der Niederkunft tödteten

und unter den nöthigen Vorsichtsmaßregeln dem Uterus Sekretproben entnahmen. Weder durch verschiedene Färbemethoden, noch durch Kulturversuche konnten Organismen nachgewiesen werden. (Bei mehr als 100 Versuchen wurde 6mal die Anwesenheit von Mikrokokken nachgewiesen; die Verf. nehmen aber an, dass hier wohl bei den Manipulationen die Kokken von außen zugeführt worden sind.)

In einer anderen Serie von Experimenten brachten die Verf. Mikroorganismen in den eben (oder bis zu 3 Tagen) entleerten Uterus von Kaninchen und Meerschweinchen. Ein Glasrohr diente dabei als Speculum, mit einem Spiegel in der Art der Augenspiegel wurde das Orificium beleuchtet und dann ein Gummikatheter eingeschoben; die Injektion geschah mit einer Pravaz'schen Spritze. Vor dem Entfernen der Glasröhre überzeugte man sich, dass Nichts in die Vagina zurückfloss, auch konstatirte man das Verweilen der Injektionsflüssigkeit, nachdem 10 Minuten nach beendetem Experiment das Thier getödtet und der Uterus untersucht wurde.

Das Resultat war überraschend: Kulturen von Milzbrand, Staphylococcus pyogenes aureus, Bacillus oedematis maligni (Vibrion septique) oder Bacillus anthracis, in den Uterus gebracht, schadeten nicht; die Thiere blieben ganz munter. Wurde etwas derselben Kulturen unter die Haut injicirt, so starben die Kontrollthiere. Nur eine Kultur von Hühnercholera erwies sich immer als tödlich.

In einem Todesfall an Milzbrand erwies sich eine Stelle am Introitus vaginae als Eingangspforte, die Uterusschleimhaut war intakt. Die Versuche wurden auch variirt und hatten denselben Erfolg.

Die Schlussfolgerungen sind, dass bei diesen Thieren das Epithel der Uterusschleimhaut, auch der Placentarstelle, sich außerordentlich schnell regenerirt und daher weitgehenden Schutz vor Infektionen gewährt.

Beim menschlichen Weibe dagegen entsteht eine wirkliche Wundfläche, die längere Zeit gebraucht, um zur Norm zurückzukehren; daher die größere Infektionsgefahr. **Heyder** (Leipzig).

---

3) **Doléris** (Paris). Einige differential-diagnostische Punkte bei Oophoro-Salpingitis, besonders in Bezug auf »Enterocele adhaesiva«.

(Nouv. arch. d'obstetr. et de gyn. 1889. No. 8.)

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über häufiger vorgekommene Verwechslungen berichtet D. über mehrere ihm vorgekommene diagnostische Irrthümer. Er machte die Kastration, in dem Glauben, eine per vaginam gefühlte, stark erweiterte und vergrößerte Tube im Douglas'schen Raume zu finden. Bei der Operation überzeugte er sich, dass er Darmschlingen, welche im Douglas'schen Raume lagen und ringsum mit der Umgebung verwachsen waren, nicht als solche diagnosticirt hatte. Dreimal ist D. der Irrthum passirt, dass er die Enterocele adhaesiva des kleinen Beckens, wie er

den Zustand nennt, wenn Darmschlingen in den Douglas'schen Raum vorgefallen und verwachsen sind, nicht von einer erweiterten, prolabirten und adhärenten Tube zu unterscheiden vermochte.

Heyder (Leipzig).

Kasuistik.

4) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

Sitzung vom 15. April 1889.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Sachse.

I. Herr Zweifel verliest die in ablehnendem Sinne erfolgte »Geschäftliche Entschließung des kgl. Ministeriums des Innern auf die Eingabe der Gesellschaft betreffs Suspension der Hebammen bei Scharlacherkrankung in deren Familien« und frägt, ob die Gesellschaft es bei diesem Bescheide bewenden lassen wolle.

Herr Hertsch schlägt vor, die Sache im Verein mit der dafür zu interessirenden Schwestergesellschaft in Dresden dem Ministerium zu nochmaliger Erwägung zu unterbreiten.

Herr Zweifel: Mitglieder der Dresdner gynäkologischen Gesellschaft seien bereits an dem gegenwärtigen Bescheide betheiligt gewesen.

Herr Sänger hält dafür, den wichtigen Gegenstand nicht fallen zu lassen, sondern zunächst auf die Sammlung statistischen Materials bedacht zu sein über die Zahl von Scharlach- und Diphtheritisfällen in den Familien von Hebammen und den durch diese Entbundenen. Vielleicht empfähle sich die Ernennung einer besonderen Kommission, so wie die Aussendung von Fragebogen. Schlägt vor, dass der Antragsteller, Herr Hörder, mit der weiteren Verfolgung der Sache betraut werde.

Herr Hörder erklärt sich bereit, sich dem zu unterziehen.

II. Herr Döderlein: Über mehrfache Keimanlage beim Menschen mit Demonstrationen).

Die Präparate, die D. nachstehend demonstrirt, hat er schon vor mehreren Jahren gewonnen. Dieselben entstammen dem Ovarium eines 2jährigen Mädchens. Das eine stellt einen reifenden Follikel dar, in dessen Discus proligerus ein Ei mit 2 völlig getrennten Keimbläschen sitzt. Das andere ist ein Primärfollikel mit 3 gleich großen, im Ei gleichmäßig vertheilten Keimbläschen. D. hielt dieselben zunächst für ein Zwillings- resp. Drillingsei. Durch eine jüngst erschienene bedeutsame Arbeit von Nagel: »Das menschliche Ei« ist der Beweis für die Richtigkeit dieser Annahme erbracht worden. Außer der oben angegebenen Deutung derartiger Eier bestehen im Wesentlichen noch 2 Möglichkeiten.

Erstens ist von einigen Forschern, besonders von van Beneden, in solchem Befund der Beweis gesehen worden, dass die Eier sich noch postfötal durch Theilung vermehren. van Beneden glaubt, dass, nachdem die Eier sich völlig getrennt haben, die Zellen der Membrana granulosa dazwischen wuchern, endlich auch die Tunica propria ein Septum dazwischen schiebe und so aus dem einen Follikel schließlich 2 völlig getrennte entstünden. Pflüger, Klebs und Kölliker nehmen eine Vermehrung der Primordialeier durch Theilung an. Bischoff und Waldeyer dagegen haben nie Eizellen mit 2 Kernen beobachtet. Dass dies Vorkommen kein häufiges ist, beweist, dass Nagel bei seinen vielen Eiuntersuchungen nur 2mal Primordialeier mit 2 Keimbläschen fand. Dass hier eine besondere Individualität vorliegt, geht daraus hervor, dass Grohe in dem Eierstock eines ¾jährigen Kindes viele Eier mit doppeltem Kern gefunden hat. Ich möchte damit in Anbetracht dessen, dass auch in unserem Ovarium gleich hinter einander zwei Follikel mit mehrkernigen Eiern vorlagen, die Erfahrung in Zusammenhang bringen, dass das Vorkommen von mehrfachen Zwillingsgeburten bei derselben Frau häufig beobachtet werden kann.

Nagel bestreitet nun überhaupt, dass eine Vermehrung der Primordialeier

durch Theilung stattfinden kann. »Ist einmal eine Keimzelle zur Eizelle geworden, dann ist das Ziel erreicht: das junge Ei wächst, umgiebt sich mit einem Follikelepithel und wartet ruhig die kommenden Dinge ab; eine Vermehrung durch Theilung findet nicht statt.« Besonders interessant sind, nebenbei bemerkt, die Vorgänge, die N. dann beim Reifen des Eies im Follikel beobachtete. Das Protoplasma wandelt sich durch Aufnahme resp. Verarbeitung der im Follikelepithel liegenden Nährzellen in Deutoplasma um, dieses schiebt das Keimbläschen ganz an den Rand, so dass es zuletzt wie beim Hühnerei ganz in der Peripherie, und zwar stets auf der Kuppe, dem Beschauer zuschimmert. — N. erklärt diese Auffassung, dass es sich um Theilungsvorgänge handle, im Widerspruch mit der heutigen Anschauung über Kerntheilung.

»In einem Stadium, wo die auf karyokinetischem Wege entstandenen Tochterkerne ein solches fertiges Aussehen haben, und wo von einer Spindelfigur nichts mehr zu entdecken ist, müsste das Protoplasma ebenfalls längst vollständig getheilt sein.«

Vielmehr hält er dies für Zwillingseier. Das eine der dort eingestellten Präparate stellt nun nicht einen Primärfollikel dar, sondern einen, wenn auch nicht reifen, so doch sicher reifenden. Wir haben bereits eine Follikelhöhle, einen Discus proligerus. Es ist dies meines Wissens das einzige Ei mit 2 Kernen in einem reifenden Follikel. Auch die Nagel'schen Eier fanden sich noch im Primärfollikel.

Es ist damit ein weiterer Beweis für unsere Anschauung gebracht. Selbst wenn es möglich wäre, dass sich Primärfollikel durch Theilung vermehrten, so ist dies doch gewiss für einen reifen Follikel, der ein fertiges Gebilde darstellt, nicht anzunehmen.

Eine zweite hier in Betracht kommende Möglichkeit, die mir von einem Anatomen gegen meine Annahme eingewendet wurde, ist von Flemming beim Kaninchenei nachgewiesen. Flemming hat beim Kaninchenfollikel Processe gefunden, die er Chromatolyse tauft. Er bezeichnet damit Degenerationsvorgänge, die sich in den Zellen der Membrana granulosa abspielen, in Auflösung der Kerne beruhen und den Untergang des Follikels sammt Ei dokumentiren. F. fand in den Zellen anstatt der Kerne »kleine kompakte Brocken von stark chromatischer Substanz«. Er glaubt, dass diese Zellen zerfallen und dann das körnig zerfallene Chromatin sich im Lig. folliculi löst, wodurch derselbe eine feine Tüpfelung bei Kernfärbung der Präparate annimmt. Die Eier in diesen Follikeln nun enthielten vielfach Richtungsfiguren, während er diese an Eiern normaler Follikel nie fand. In einem Präparat fand er einen ganz abnormen Theilungsprocess, das Keimbläschen ist in 5 ungleich große Kerne zerfallen. Aus dem Umstand, dass solche Theilungserscheinungen nur in Eiern von chromatolytischen Follikeln sich fanden, schließt F., und gewiss mit Recht, dass es sich dabei um Degenerationsvorgänge handelt.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass es sich hier um einen scharf charakterisirten Process handelt, der zunächst nur für das Kaninchenei nachgewiesen ist. Durchmustert man die Membrana granulosa unserer Follikel mit starker Vergrößerung, so findet man nirgends solche chromatolytische Erscheinungen, die F. nie vermisste. Vielmehr liegen im Protoplasma zwei mit deutlichem Kerngerüst versehene, ganz gleich große Keimbläschen, die nach Allem wohl als Zwillings- resp. Drillingsanlage betrachtet werden müssten.

Diskussion: Herr Sänger hält mit Herrn Döderlein die demonstrirten Eibefunde für durchaus physiologisch und geeignet, die alte Annahme der Entstehung eineiiger Zwillinge aus eineiigen Doppelkeimen zu bestätigen. Andererseits haben aber Panum und Rauber an Fischeiern Spaltung einfacher Keime beobachtet und nehme Ahlfeld für die Doppelmonstra bei Säugethieren und beim Menschen eine gleichartige Entstehung an.

Spaltung der menschlichen Embryonalanlage habe noch Niemand gesehen, daher gewännen die sicheren Befunde mehrerer Keimbläschen in einem Ei um so größere Bedeutung.

Herr Zweifel trägt Bedenken, die Theorie der Spaltung der Embryonalanlage zur Erklärung der Genese von Zwillingen heranzuziehen. Es ist Gerlach *und*

Dareste nie gelungen, eine durchgehende Spaltung zu erzielen, selbst wo der Anfang der Spaltung begonnen hatte.

III. Herr Sänger: Über Operation von Beckengeschwülsten vom Damme aus.

(Ausführlich veröffentlicht im Archiv f. Gynäk. Bd. XXXVII, Hft. 1, unter dem Titel »Über Dermoidcysten des Beckenbindegewebes und Operation von Beckengeschwülsten durch Perineotomie«.)

Diskussion: Herr Zweifel glaubt, dass der Wirkungskreis der geschilderten Operationsweise gegenüber den bisherigen Methoden ein sehr beschränkter sein werde.

Herr Sänger hatte hauptsächlich die Operation von Geschwülsten des Cavum pelvis subperitoneale vom Damme her im Auge, für welche die Perineotomie das natürlichste Verfahren darstelle. Bei der Nähe des tiefsten Punktes der Douglasschen Tasche gegen den Damm hin — und dies nicht bloß bei Prolapsen, bei Exsudaten, wo der Eiter oft tief sich in das Septum recto-vaginale herabsenke — glaube er, dass die Operation doch auch für intraperitoneale Geschwülste und Krankheitsherde eine Zukunft habe. Die Zahl der Fälle sei vorläufig allerdings noch eine sehr geringe und fehle, wie stets bei Neuerungen, noch das Gewicht der Erfahrung.

Sitzung vom 20. Mai 1889.

Vorsitzender: Herr Sänger; Schriftführer: Herr Donat.

I. Herr Donat: Über einen Fall von Dermoidcyste des Ovarium als Geburtshindernis.

Redner wurde am 27. März 1884 Nachts zu einer in Krämpfen liegenden Gebärenden gerufen. Er fand eine 31jährige, leidlich kräftige Frau, die leicht benommen und cyanotisch war und nach Angabe der Hebamme zwei Krampfanfälle gehabt haben sollte. Aus der Beschreibung und dem Befund konnte Eklampsie angenommen werden. Die weitere Untersuchung ergab eine Schwangerschaft am Ende des 10. Monats, die Frucht lag in 2. Schädellage und zeigte noch schwache Lebensspuren. Kopf über dem Becken. Gebärmutter krampfhaft kontrahirt. Die innere Untersuchung stellte fest, dass das kleine Becken durch einen prall-elastischen, nach oben absolut unverschieblichen Tumor ausgefüllt wurde, welcher den Eintritt des Kopfes in das Becken verhinderte. Letzteres war außerdem im geraden Durchmesser verengt. Muttermund 5 cm weit, Blase gesprungen. Die Harnblase enthielt wenig und koncentrirten Harn.

Die Geschwulst wurde mit der größten Wahrscheinlichkeit für eine prallgespannte Ovarialcyste erklärt, doch konnte es sich auch um eine andersartige, nicht vom Ovarium ausgehende, feste Geschwulst im Becken handeln.

Die Diagnose lautete: 2. Schädellage, reifes, im Absterben begriffenes Kind, plattes Becken, Eklampsie, Beckengeschwulst als Geburtshindernis.

Gegen die Eklampsie und die Tetanie des Uterus wurde zunächst Morphium subkutan angewendet, worauf sich weitere Konvulsionen nicht wieder einstellten. Der Tetanus wurde nur vorübergehend gebessert. — Von therapeutischen weiteren Eingriffen kam zunächst in Frage: die Reposition der Geschwulst oder die Punktion derselben. Erstere war unmöglich. Gelang letztere und hatte sich das Kind erholt, so konnte dasselbe gewendet und extrahirt werden. Bei abgestorbenem Kind kam die Perforation und Kranioklasie in Betracht. Dieselbe war auch noch bei unvollständiger Verkleinerung der Geschwulst durch die Punktion angezeigt. War der Tumor ein fester und gelang seine Verkleinerung von der Scheide aus nicht, so musste bei lebenden und bei todtem Kinde die Sectio caesarea bez. die Ovariotomie gemacht werden. Sofort die Sectio caesarea zu machen, ohne vorausgeschickte Verkleinerungsversuche der Geschwulst, war nicht zu rechtfertigen, um so weniger, als das Kind nicht mehr lebensfrisch und die Blase bereits gesprungen war.

Der vom Vortr. zu dem Fall zugezogene Herr Dr. Sänger erklärte sich gleichfalls für die Annahme einer im Douglas eingeklemmten Ovarialcyste und billigte

die einzuschlagende Behandlung. Nach gründlicher Desinfektion der Scheide und äußeren Genitalien wurde durch Probepunktion mittels Pravaz'scher Spritze die cystische Natur des Tumors festgestellt und die Punktion mittels dickerem Trokar sogleich angeschlossen, wobei dieser durch eine in die Scheide eingegossene Creolinlösung hindurch in die Geschwulst eingestoßen wurde. Dieselbe lieferte etwa $^3/_4$ Liter einer gelblichen, öligen, sofort gerinnenden Flüssigkeit. Nachdem sich die somit als Dermoidcyste erkannte Geschwulst erheblich verkleinert hatte, folgte die Perforation des inzwischen abgestorbenen Kindes. Der Kopf wurde mit dem Kranioklasten gefasst und leicht entwickelt. Die Rumpfextraktion machte aber erhebliche Schwierigkeiten. Dabei kam es linkerseits zu einem Cervicovaginalriss, aus dem es aber nicht blutete. Placenta wurde nach einer halben Stunde exprimirt und darauf die Scheide nochmals mit 2%igem Creolin ausgespült.

Der Verlauf des Wochenbettes war Anfangs ein guter, vom Abend des dritten Tages an trat aber Fieber ein, wobei die Pulszahl sich unter 100 hielt. Dazu kam Ödem der Vulva und übelriechender Ausfluss, wogegen desinficirende Scheidenausspülungen angewandt wurden. Am 7. Tag Schüttelfrost, Meteorismus und profuse Diarrhoen: von da ab entwickelte sich das typische Bild der septischen Peritonitis, welche jedoch einen protrahirten Verlauf zeigte. In der 3. Woche stellten sich die Symptome einer Pleuritis ein und erlag die Kranke am 26. Tage p. p. an terminaler Herzlähmung. Die Sektion bestätigte die Diagnose der puerperalen Sepsis, welche von den Scheidenverletzungen ausgegangen sein musste. Das Innere der dem linken Eierstock angehörigen Cyste, in welcher sich Haare und Knochen vorfanden, war ebenfalls vereitert. In der Epikrise erörterte Redner zunächst die Frage, ob die eingeschlagene Entbindungsweise in diesem Fall die richtige gewesen sei, ferner ob operative Eingriffe in den ersten und späteren Tagen des Wochenbettes den ungünstigen Ausgang vielleicht hätten abwenden können.

Der Fall war ein bereits verschleppter und ungünstiger, als ärztliche Hilfe zu Rathe gezogen wurde. Durch die Eklampsie und den Tetanus uteri war das Kind abgestorben. Da sich die Cyste durch die Punktion verkleinerte, muss die Perforation und Kranioklasie des todten Kindes als das richtigste Verfahren angesehen werden. Statt der Punktion wäre allerdings die breite Incision und Vernähung der Cystenwand mit der Vaginalwunde, wie jüngst Fritsch empfahl, besser gewesen. Dadurch hätte man die Cyste vollständig entleeren, von der Bauchhöhle sicher abschließen und drainiren können.

In den ersten Tagen des Wochenbettes die Ovariotomie zu machen, war wegen des Anfangs guten Zustandes der Wöchnerin nicht angezeigt. Da man annehmen durfte, dass die kleine Punktionsöffnung sich sofort wieder geschlossen habe, sollte jene erst nach Ablauf der puerperalen Involution ausgeführt werden. Als dann die Erscheinungen von Sepsis auftraten, deren Ausgangsstelle nicht mit Sicherheit nachweisbar war, erschien die Prognose einer Laparotomie außerordentlich getrübt. Da ferner die langsame Wiederfüllung der Cyste erst konstatirt wurde, als bereits allgemeine Sepsis vorhanden war, so wäre dann von einer Incision und Drainage der Cyste von der Scheide her kein Erfolg mehr zu erwarten gewesen. Im Anschluss an diesen Fall bespricht Vortr. genauer die Diagnose und Differentialdiagnose der das Geburtshindernis abgebenden cystischen Geschwülste im kleinen Becken. Er betont die Häufigkeit der Parovarialcysten, so wie der Dermoidcysten und schildert im Allgemeinen den Geburtsverlauf, die therapeutischen Eingriffe und deren Ausgang.

Diskussion. Herr Hennig: Gerade bei Dermoidcysten komme es häufiger zur Bildung von Verwachsungen, wodurch ein Ausweichen derselben nach oben gehindert werde, so dass sie sich in der Schwangerschaft und unter der Geburt leicht im Douglas einklemmten. Was die Ovariotomie in der Schwangerschaft angehe, so halte er sie nur für angezeigt bei rasch wachsenden Cysten, so wie bei solchen, welche Geburtshindernis zu werden drohen.

Herr Sänger: Der Fall des Herrn Donat sei zur Zeit nothgedrungenen aschen Eingreifens leider kein aseptischer mehr gewesen. Hätte das Kind gelebt,

würde man sich trotzdem ohne Weiteres zur Laparotomie entschlossen haben, um je nachdem den Kaiserschnitt oder die Ovariotomie oder nach einander beides auszuführen. Die Punktion wurde mit allen antiseptischen Vorsichtsmaßregeln, sogar unter einem Flüssigkeitsspiegel von Creolinlösung in der Scheide mit einem relativ dünnen, vorher erhitzten Trokar ausgeführt, so dass man wohl annehmen durfte, die enge Punktionsöffnung werde sich alsbald wieder schließen. Auch wurde auf die Möglichkeit gerechnet, dass es sich um eine Dermoidcyste des Beckenbindegewebes handle. In der That habe der weitere Verlauf, so wie die Autopsie gezeigt, dass die Punktion nicht als Quelle der Infektion angesehen werden könne, sondern dass letztere auf gewöhnlichem Wege und vor irgend welchem Eingriff stattgefunden haben müsse. Immerhin sollte auch unter Geburt möglichst nach gynäkologischen Grundsätzen verfahren werden, wonach die Punktion per vaginam auf das mindeste Maß einzuschränken und lieber zur Laparotomie zu schreiten sei. Auch die beste Methode, die der freien Incision und Umsäumung der Cystenränder mit der Scheidenwunde nach Fritsch, sei noch ein Nothbehelf, während die völlige Entfernung von Ovarialcysten von der Scheide her, besonders von Byford empfohlen, sub partu doch nur in den allerseltensten Fällen möglich sei. Wenn die Anforderungen von Geburtshilfe und Gynäkologie zusammenträfen, sei man heut zu Tage immer noch sehr in den früheren Auskunftsmitteln befangen, welche möglichst Alles »von unten« her angriffen, anstatt, die Lehren der Gynäkologie im Auge, öfters zur »geburtshilflichen Laparotomie« zu schreiten.

II. Herr Sänger: Genitalbefund bei Morbus Basedowii.

Kleinwächter's Aufforderung (siehe Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. XVI, 1), den bisher unbekannten Genitalbefund bei Morbus Basedowii in einschläglichen Fällen fachmännisch zu erheben, war Vortr. in der Lage, für 3 Fälle nachzukommen. In dem ersten handelte es sich um eine 28jährige Frau, welche 5mal ohne Kunsthilfe geboren hatte, das letzte Mal Februar 1887. Wochenbetten gut. Vier Kinder leben, wurden sämmtlich $^3/_4$ Jahr lang gestillt. Zur Zeit der ersten Konsultation, 22. Januar 1888, also 11 Monate nach der letzten Entbindung, waren die Menses noch nicht wieder eingetreten. Pat. gab an, seit ca. $^1/_2$ Jahr um 20 Pfund abgenommen zu haben, klagte über Mattigkeit, Herzklopfen, Anschwellung des Halses, trockenen Husten. — Kleine schwächliche Frau von bräunlicher Hautfarbe. Ausgesprochener Morbus Basedowii. Genitalbefund: Rupt. perinei 2. Grades, Descensus uteri retroversi. Letzterer von durchaus normaler Größe.

Er wurde leicht in Anteversion gebracht und ein Hodge eingelegt. Auf innerlichen Gebrauch von Arsen, Galvanisation des Halssympathicus etc. in der Heimat der Pat., besonders nach längerem Aufenthalt in Reiboldsgrün (Höhenklima!), bedeutende Besserung. Die Menses kehrten genau 1 Jahr nach der letzten Entbindung wieder, blieben regelmäßig bis zum Antritt der Kur in R., worauf sie $^1/_4$ Jahr lang ausblieben, was Pat. auf die dort viel applicirte kalte Brause bezog. Als Vortr. Pat. vor ca. 4 Wochen zum letzten Male untersuchte, lag der Uterus antevertirt und war in jeder Beziehung normal. Auch die Menses waren in den letzten Monaten pünktlich eingetreten. Die Hauptsymptome der Krankheit waren nur noch andeutungsweise vorhanden, aber immer noch ausgeprägt.

Es bestand somit keine Atrophie der Sexualorgane, welche Kleinwächter in seinem Falle konstatirte und als eine fast regelmäßige Folge des Morbus Basedowii anzusehen geneigt scheint.

Die 1 Jahr anhaltende Amenorrhoe war entschieden als Laktationsamenorrhoe anzusehen. Trotzdem die von Haus aus schwächliche Pat. durch das Stillen sehr mitgenommen wurde und noch während desselben an Morbus Basedowii erkrankte, trat nicht einmal eine Hyperinvolutio uteri, eine Laktationsatrophie, geschweige eine pathologische Atrophie des Uterus ein. Allerdings war der betreffende Fall klinisch nicht so schwer, als der von Kleinwächter berichtete, aber doch hätte, wofern Morbus Basedowii regelmäßig zu einer Atrophie der Sexualorgane führen soll, hier eine solche eintreten müssen, wo die schwächenden Einflüsse der Laktation noch hinzukamen.

Den 2. Fall sah Vortr. nur einmal in der Sprechstunde. Frau Br., 43 Jahre

alt, Wittwe. Menstruation bis vor 2 Jahren regelmäßig, 4wöchentlich, 5tägig schwach, seit 2 Jahren überhaupt nur 4mal eingetreten, schwach. 2 Entbindungen letzte vor 12 Jahren. Gab selbst an, dass sie an Morbus Basedowii leide, welche sie sich durch anstrengende Pflege eines kranken Sohnes zugezogen habe. Di Diagnose wurde seiner Zeit von E. Wagner gestellt. Durch eine Kur in Lieben stein (Harz) wurde Besserung erzielt. Hauptsächliche Klagen: Herzklopfen, Kurz athmigkeit, Husten; Drängen nach unten, Kreuzschmerzen. — Pat., eine groß Frau mit überreichlichem Panniculus adiposus, bot die charakteristischen Symptom des Morbus Basedowii ausgeprägt halbseitig (rechts) dar: die rechte Hälfte de Thyreoidea war strumös, das rechte Auge trat stärker hervor. — Puls 110, aus setzend, abwechselnd schwach und stärker. Herzdämpfung verbreitert, Herztön dumpf. Entschieden handelte es sich hier auch noch um Fettherz, so wie Em physem mit Bronchitis. Genitalbefund: Rupt. perinei 2. Grades, Descensus vaginae ant. et post., Retropositio uteri anteflexi. Der Uterus erschien wohl klein, doch keineswegs atrophisch. Auch hier war somit Atrophie der Sexualorgane nicht ausgesprochen. Allerdings wies die seltene und spärliche Menstruation in den letzten 2 Jahren auf herabgesetzte Thätigkeit der Ovarien hin; indess Pat. näherte sich der Klimax, war seit langem Wittwe, war mit Adipositas nimia be haftet, hatte viel Kummer — alles Umstände, welche die Oligomenorrhoe mehr als genügend erklärten.

Der 3. Fall betraf eine 34jährige Frau, welche Vortr. zuerst am 5. April 1888 aufsuchte. Damals war ihre Menstruation regelmäßig, 4wöchentlich, 5—8tägig, stark. 4 Entbindungen, letzte vor 3 Jahren. Im 2. Wochenbett Unterleibsentzündung. Pat. war mir von Prof. A. Hoffmann überwiesen worden, welcher damals von Morbus Basedowii sicher noch nichts vorfand. Pat. gab an, im letzten Halbjahre um 45 Pfund abgenommen zu haben, klagte besonders über Mattigkeit und heftige Kreuzschmerzen. Damals schon fielen die vorstehenden Augen der Pat. auf, was freilich eine Eigenthümlichkeit auch vieler gesunder Personen ist. Es handelte sich um: Rupt. perinei 2. Grades, Rupt. cervicis sin. 2. Grades, narbige Residuen von Parametritis sin., Sinistroversio colli, Dextro-retroversio corp. uteri, Endometritis. Unter entsprechender Behandlung gingen die Beschwerden zurück und ließ sich Pat. längere Zeit nicht sehen. Als sie sich Frühjahr 1889 wieder vorstellte, bot sie das typische Bild des Morbus Basedowii dar. Die Menses waren seit 7 Wochen ausgeblieben. Seit 3 Tagen bestanden Leib- und Kreuzschmerzen, so wie Blutabgang. Abortus imminens. Derselbe erfolgte denn auch in den nächsten Tagen, worauf die Erscheinungen des Morbus Basedowii rasch abnahmen. — Auch dieser Fall stimmt nicht mit der Annahme von Kleinwächter überein. Wohl aber ließ sich hier mit Eintritt der Schwangerschaft ein akutes Auftreten des Morbus Basedowii bez. eine akute Verschlimmerung desselben erkennen, welche nach dem Abortus zurückging. Vielleicht bestehen Beziehungen zwischen Struma gravidarum und Morbus Basedowii? Dass übrigens Atrophie des Uterus Konception und selbst rechtzeitige Geburt nicht ausschließen, beweisen die Erfahrungen bei Morphinismus (E. und W. Löwenstein, C. Fürst).

Nach Allem lässt sich bei der geringen Zahl von Fällen, wo bei Frauen mit Morbus Basedowii die Genitalien sachgemäß untersucht wurden, jetzt noch nichts Allgemeines über deren Verhalten dabei aussagen, doch steht, wenigstens nach den 3 Fällen des Vortr. gegenüber dem einen besonders schweren von Kleinwächter, fest, dass die Atrophie des Uterus, so wie der ganzen Sexualorgane keine konstante Folge des Morbus Basedowii sei. Die Gelegenheit, diese Frage weiter zu verfolgen, namentlich in ihrer Beziehung zu den Vorgängen von Schwangerschaft und Geburt, ist aber reichlich gegeben, da Morbus Basedowii überwiegend bei Frauen vorkommt.

Herr Hennig beobachtete gleichfalls einen Fall von Morbus Basedowii mit Retroflexio uteri und Schwangerschaft. Während derselben Zunahme der Symptome. Schon in den ersten Tagen p. p. wesentliche Besserung, welche in fast völlige Heilung überging.

5) A. Pinard (Paris). Beiträge zur Geschichte der Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Annal. de gynécol. 1889. April.)

P. beschreibt 3 Fälle von Extra-uterin-Schwangerschaft, die nach dem normalen Ende der Schwangerschaftsdauer zur Operation kamen. Im ersten Falle öffnete er den Sack von der Scheide her, die beiden anderen kamen zur Laparotomie. Alle wurden geheilt. In jedem derartigen Falle ist P. für operatives Eingreifen, weil erfahrungsgemäß die Gesundheit der Frauen durch das Verbleiben der Frucht sehr geschädigt wird und man auf Lithopädionbildung nicht zu sehr hoffen darf. Die beste Zeit zur Operation ist 6—8 Wochen nach dem Tode der Frucht, weil bis dahin die Placenta von der Blutcirkulation ausgeschlossen ist und bei der Incision in die Placenta keine Hämorrhagie mehr die Operation gefährden kann.

Reicht der Fruchtsack bis tief ins kleine Becken mit Verschiebung von Blase und Uterus, und kann man den Sitz der Placenta am unteren Ende mit Sicherheit ausschließen, so zieht P. die Eröffnung von der Scheide aus vor, des bequemeren Abflusses von Spülflüssigkeit halber. Bei den Laparotomien nähte P. zuerst die Wände des Sackes in die Bauchwunde, eröffnete dann den Sack und extrahirte den Fötus; war die Placenta noch nicht ganz locker, so wartete er die spontane Lösung ab.

Die Nachbehandlung bestand in 2mal täglich stattfindender Naphtholausspülung des Sackes. Von Ausstopfung des Sackes mit Jodoformgaze nahm P. Abstand, da er Verzögerung der Heilung befürchtete. **Heyder** (Leipzig).

6) Veit. Über Durchbruch von Pyosalpinx nach außen.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVI. Hft. 2.)

Verf. hat in folgenden 4 Fällen den Durchbruch einer Pyosalpinx nach außen beobachtet:

1) Bei einer 46jährigen, steril verheiratheten Frau, die seit Beginn ihrer 20jährigen Ehe fortwährend über Störungen ihres Wohlbefindens, zuletzt über Menorrhagien und fötiden Fluor nebst Fiebererscheinungen zu klagen hatte, wurde ein bis zum Nabel reichendes Myoma uteri konstatirt, hinter welchem nach links hin sich ein mit Flüssigkeit erfüllter kleiner Tumor befand, der im linken hinteren Laquear mit einer schwer auffindbaren kleinen Öffnung in die Vagina mündete und häufige Flüssigkeit ausdrücken ließ; Vergrößerung der Einmündungsöffnung durch ausgiebige Incision nebst Drainage und Karbolirrigationen beseitigten die Beschwerden. Vom 6. Tage ab Fieber von septischem Charakter; darum Laparotomie und Entfernung des linksseitigen Pyosalpinxsackes; Übersäumung des nach der Scheide mündenden Kanales mit Peritoneum; am 3. Tage post operationem Tod an septischer Peritonitis.

2) Jauchende Fistel am Abdomen einer Frau, über welche sonstige nähere Angaben fehlen; die Fistel führt in einen großen Tumor, der bis tief ins Becken hinabragt. Incision von der Scheide; Durchführung eines Drains vom Abdomen durch den Tumor nach der Vagina; Durchspülung. Im Laufe der Behandlung stellten sich Blutungen, aus der Abdominal- und Vaginalfistel ein, die unstillbar waren und denen Pat. erlag. Die Sektion ergab eine Pyosalpinx, die in einen Ovarialtumor und dann nach außen perforirt war.

3) Bei einer Pat. in der Mitte der 30. Jahre, steril, war ein Abscess auf der rechten Seite weit oberhalb des Lig. Poupartii durchgebrochen, der trotz ausgiebiger Incision und Erweiterung der Fistel nicht heilte; Verf. gelang es, außerdem nach der Scheide hin zu drainiren: jedoch noch immer blieb der volle Erfolg aus; Schröder, der 2mal die Laparotomie oberhalb des Lig. Poupartii machte, fand erst beim zweiten Eingriff an der hinteren Wand des großen Beckens den Haupttumor, eröffnete und drainirte denselben; aber auch jetzt blieb noch eine kleine Fistel zurück, mit welcher sich aber Pat. ganz wohl befindet.

4) 41jährige Bauersfrau; 24 Jahre steril verheirathet, klagt über fötiden Ausfluss; im rechten Vaginalgewölbe eine Fistel mit gewulsteten Rändern, welche in

einen Tumor führte, der rechts und vor dem Uterus lag; letzterer elevirt und hinter am Os sacrum fixirt; ausgiebige Incision und Drainage; bedeutende Besserung.

Charakteristisch und von großem differential-diagnostischen Interesse ist beim Durchbruch einer Pyosalpinx im Gegensatz zum Durchbruch para- und perimetritischer Exsudate das lange Bestehen, die verhältnismäßig geringfügigen Symptome vor der Perforation, die sich erst nach derselben vergrößern dadurch, dass durch die starren, muskelhypertrophischen Wandungen alter Pyosalpinxsäcke starre, sich nicht verkleinernde Höhlen entstehen, in denen durch fortwährenden Luftzutritt Jauchung der Sekrete sich einstellt, welche die Pat. schwer leidend macht, während bei den peri- oder parametritischen Exsudaten mit dem Durchbruch derselben nach außen der Process meist erledigt ist. Verf. hebt weiter hervor, dass durch ausgiebige Incision und Drainage die Zersetzung des Sekretes wohl hintanzuhalten ist, dass aber wohl kaum und dann erst nach langer Zeit eine radikale Heilung durch Drainage und gehörige adstringirende Behandlung der Sackwandungen eintreten dürfte, da sich sehr häufig die Hohlräume immer wieder anfüllen werden; radikal wird man nur durch Exstirpation des Pyosalpinxsackes eingreifen können; einer radikalen Operation stehen aber wieder nach dem Durchbruch solcher Säcke durch das zersetzte Sekret schwer überwindbare und hochgefährliche Hindernisse entgegen. Muss man sich zur Exstirpation entschließen, so soll die Laparotomie nicht vorgenommen werden, wenn die Fistelkanäle, besonders die nach der Scheide, zum Verschluss gebracht sind. **Menzel** (Görlitz).

7) B. Edwards. Pyopneumothorax in der Schwangerschaft.

(Nouv. arch. d'obstetr. et de gyn. 1889. No. 5.)

Bei einer sonst gesunden Person, wenigstens was die Lungen anbetrifft, entwickelte sich mit dem Beginne einer Schwangerschaft zugleich eine Lungenphthise, die rapid fortschritt. Im 6. Monat schwanger fand sie Aufnahme in der Maternité; in der rechten Lunge wurde eine große Kaverne nachgewiesen, sonstige Zeichen, Rasseln, Temperatursteigerung u. a. fehlten auch nicht. Fast 2 Monate später entwickelte sich plötzlich unter bedrohlichen Symptomen ein rechtsseitiger Pneumothorax. 5 Tage später spontane Geburt eines lebenden Kindes, 1530 g; Tod nach 24 Stunden. Weder an der Frucht noch an der Placenta ließen sich Tuberkelbacillen nachweisen.

20 Tage nach der Geburt erfolgte der Exitus. Auch die linke Lunge war mit Kavernen durchsetzt. Andere Organe waren von der Tuberkulose nicht in Mitleidenschaft gezogen worden. **Heyder** (Leipzig).

8) R. Jamin. Incontinentia urinae bei einem 15jährigen Mädchen durch Faradisation geheilt.

(L'abeille méd. 1889. No. 24.)

Bei der Pat. waren alle gebräuchlichen, inneren Mittel, so wie kalte Abreibungen erfolglos versucht. Durch 11malige Faradisation der Urethra (negativer, olivenförmiger Pol in der Urethra, positiver auf einem Schenkel) wurde Heilung erzielt. **Graefe** (Halle a/S.).

Erklärung.

Wie aus der Anlage dieser Nummer ersichtlich, hat Herr Dr. Quetsch in Darmstadt, ein von uns konstruirtes Instrument als eigene Erfindung in No. 3 dieses Blattes veröffentlicht. Einen Kommentar zu einer derartigen Handlungsweise erachten wir für überflüssig, und überlassen wir die Beurtheilung derselben den Herren Kollegen.

Darmstadt. Dr. **Blumenthal.** Dr. **Gerlach.**

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

Herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 9. Sonnabend, den 1. März. 1890.

Inhalt: I. **Dohrn**, 100 Ovariotomien aus der Königsberger Frauenklinik. — II. **Rein**, Asepsis bei Laparotomien. — III. **Rheinstaedter**, Primärer Pyokolpos und Pyometra bei einem 13jährigen Kinde. (Original-Mittheilungen.)

1) **Clemenz**, Weißer Infarkt der Placenta. — 2) **Veith**, Vaginaldrüsen. — 3) **Koettnitz**, Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft. — 4) **Wathen**, Pathologie der Extrauterin-Schwangerschaft. — 5) **Gehrung**, Lokale Behandlung von Virgines. — 6) **Eberhart**, Eihautretention.

7) **Dührssen**, Ruptur und Vereiterung der Beckengelenke. — 8) **Glaeveke**, Körper und Geist nach Kastration. — 9) **Chambrelent**, Meningitis in der Schwangerschaft. — 10) **Schmitt**, Tubengonorrhoe. — 11) **Leopold**, Kindbettfieber. — 12) **Pinard**, Drillinge. — 13) **Delèris**, Kastration. — 14) **Asch**, Uterusexstirpation. — 15) **Liebrecht**, Kraniotomie.

I. 100 Ovariotomien aus der Königsberger Frauenklinik.

Von

Prof. **Dohrn.**

In Folgendem gebe ich eine kurze Übersicht über 100 Ovariotomien, welche ich in der Königsberger Klinik in der Zeit vom 1. Mai 1883 bis 1. April 1889 ausgeführt habe.

Über die antiseptischen Vorsichtsmaßregeln braucht man heutigen Tags nur wenig mehr zu sagen. Für meine Operationen wurde ihre Durchführung durch den Umstand erschwert, dass, bei Ermangelung eines besonderen Operationszimmers, ein eigentlich zum Krankenzimmer bestimmter Raum für die Laparotomien jedes Mal besonders hergerichtet werden musste. Mehrtägiges Ausschwefeln, so wie Abscheuern der Wände und des Fußbodens mit 3%igem Karbolwasser, sodann mehrstündige Durchstäubung des Zimmers mit 5%igem Karbolspray am Tage vor der Operation kamen jedes Mal zur Anwendung. Während der Operation selbst habe ich den Spray nur selten und auf längere Zeit nur dann benutzt, wenn mehrere Laparotomien hinter einander zu machen waren.

Die Instrumente, nach jeder Operation gekocht und sodann dem

Instrumentenmacher zum Reinigen geschickt, wurden ½ Stunde vor der Operation in 5%iges Karbolwasser gelegt. In der gleichen Lösung wurden auch die Schwämme aufbewahrt und nach jeder Operation in Salzsäure und Soda ausgewaschen.

Als Naht- und Unterbindungsmaterial verwandte ich wechselnd Seide und Sublimatkatgut. Zum Unterbinden des Stieles bediente ich mich seit November 1883 ausschließlich der Gummischnur mit Bleiklammer und habe die Sicherheit und Einfachheit dieser von Olshausen angerathenen Unterbindungsweise so sehr schätzen gelernt, dass ich dieselbe auf das wärmste empfehlen kann.

Die bei der Operation Betheiligten nehmen vorher ein Bad, als Adspektanten werden jedes Mal nur 2 Studirende zugelassen, welche 24 Stunden vorher keinerlei Berührung mit infektiösen Stoffen gehabt haben dürfen und sich beim Betreten des Operationszimmers desinficiren müssen. Der zu Operirenden wird nach der Narkotisirung die Bauchwand mit 3%igem Karbolwasser und sodann mit Äther abgewaschen. Über das Abdomen pflegte ich früher eine mit ovalem Ausschnitt versehene Gummidecke zu breiten, später habe ich diese, da sie gelegentlich unbequem war, durch ringsum gelegte Tücher von weißer Gaze ersetzt. Nach der Operation wird auf den Leib ein Wattekompressivverband gelegt.

Von den 100 Operirten wurden 96 geheilt, 4 starben. In dem ersten der letzteren Fälle erfolgte der Tod durch Ileus, welcher sich am 13. Tage nach der Operation entwickelte und so rapid zum Verfall der Kräfte führte, dass eine Wiedereröffnung der Bauchhöhle keine Aussicht mehr versprach. Die Sektion ergab Abschnürung des Dünndarmes durch einen Bindegewebsstrang, welcher vom Mesenterium nach dem Netz hinüberzog. — Im 2. Fall führte am 6. Tage rasch auftretendes Lungenödem zum Tode. Die 22jährige Kranke hatte bereits vor der Operation an mäßigem Spitzenkatarrh gelitten. Die Cystenoperation bei ihr war sehr leicht und rasch vollführt und die ersten 2 Tage verliefen ohne Besorgnis erregende Erscheinungen. Am 3. Tage trat verbreiteter Bronchialkatarrh auf und nach weiteren 3 Tagen erfolgte unter zunehmender Dyspnoe und Cyanose der Tod. — Der 3. Todesfall betraf eine 63jährige Frau mit Thrombose der linksseitigen Beinvenen und großem vereiterten Cystentumor. Sie starb am 14. Tage in Folge fortschreitender Phlegmone des linken Schenkels. — Im 4. Falle handelte es sich um Tod am 5. Tage in Folge septischer Infektion. Die Entstehung der letzteren konnte trotz sorgfältigster Nachforschung nicht ermittelt werden.

Von den operirten Cysten hatten 47 im linken, 43 im rechten Ovarium ihren Ausgangspunkt, 6mal handelte es sich um Dermoidcysten, 2mal um Cysten des Parovariums.

Die Operirten standen im Alter zwischen 14—63 Jahren. Der Fall der jüngsten Operirten, 14jährigen, war dadurch bemerkenswerth, dass die Cyste eine Tuberculosis ovarii aufwies und bei der Operation das Peritoneum in großer Ausdehnung mit Tuberkeln besetzt

gefunden wurde. Trotzdem erfolgte die Heilung glatt und ist auch jetzt, $5^1/_2$ Jahr nach der Ovariotomie, die Operirte noch völlig gesund.

Bei 4 von den Operirten bestand gleichzeitig Schwangerschaft im 2. bis 4. Monat. Bei keiner derselben wurde der Verlauf der Schwangerschaft durch die Operation gestört.

Von den meisten der Operirten habe ich wiederholt Nachricht gehabt über ihr seitheriges Wohlbefinden.

II. Zur Asepsis bei Laparotomien[1].

Von

Dr. G. Rein,

ordentl. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie und Direktor der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik zu Kiew.

Seit 1887 fing ich an, die Antisepsis bei Laparotomien vorsichtiger als früher anzuwenden, nachdem ich in meinem Berichte über 95 Laparotomien (11,5% Mortalität) zwei verdächtige Todesfälle, möglicherweise von Karbolintoxikation, notiren musste[2] und später noch eine Operirte (nach Myomotomie) unter den Erscheinungen einer akuten Nephritis, wo eine Sublimatintoxikation als Todesursache nicht ganz ausgeschlossen werden konnte, verloren habe. Mit der Anwendung einer möglichst strengen Aseptik aber konnte ich nur vom Wintersemester 1888 beginnen und zwar nachdem meine Klinik ihr altes, ganz unzweckmäßiges Lokal im Universitätsgebäude verlassen hatte.

In dem hiesigen neuen Klinikgebäude sind allmählich folgende aseptische Maßregeln ausgearbeitet worden: Der große helle Operationssaal, dessen Wände mit weißer Ölfarbe angestrichen sind, mit Wasserheizung, einer guten Ventilation und reichlich mit kaltem und warmem Wasser versehen, ist nur für Laparotomien vorbehalten. Eine möglichst ideale Reinlichkeit ist in diesem Saale immer streng erhalten. Abends vor jeder Operation wird außerdem die ganze innere Oberfläche des Zimmers und der ganze Möbelvorrath reichlich unter Wasserstrahl gewaschen (60—70 Eimer Wasser ungefähr). Für Sterilisirung der Instrumente, Verbandstoffe, Wäsche, Operationskleider, Ligaturen etc. wende ich hauptsächlich hohe Temperatur und zwar in der Form des kondensirten, zum Theil auch fließenden Dampfes in einer Desinfektionskammer (bis 110—119° C. Temperatur) oder der trockenen Hitze (bis 120—140° C. Temperatur) und kochendes Wasser an. Die Hände des Operateurs und des assistirenden Personals, so wie die Bauchdecken der zu Operirenden werden nach der Fürbringer'schen Methode (mechanische Reinigung, warmes Wasser, Alkohol und Sublimat) sterilisirt. (Ich bin der Meinung, dass in der Klinik bei der Anwendung der rein aseptischen Methode, so

---

[1] Nach dem Vortrage in der medicinischen Sektion der VIII. Naturforscher- und Ärzteversammlung in St. Petersburg gehalten.

[2] Siehe Centralbl. f. Chir. 1887. p. 427.

wie in den bakteriologischen Laboratorien die chemischen Desinficientien bis jetzt fast unvermeidlich sind; es müssen nur diese Stoffe, welche sowohl für die Wunde, als für den ganzen Organismus giftig sind, nicht hineingerathen. Darin liegt ein wichtiger Unterschied zwischen Asepsis und Antisepsis!) Die Schwämme, nach einer von uns etwas modificirten Wölfler'schen Methode bereitet, wurden während der meisten Operationen in schwachen Karbollösungen gewaschen, da gut sterilisirtes Wasser uns fehlte. Endlich aber haben wir auch hier chemische Desinficientien verbannt und die Schwämme mit einfachem, zweimal gekochtem Wasser gewaschen.

Nach diesen Principien sind während der letzten drei Semester 60 Laparotomien ausgeführt worden. Unter diesen waren:

Ovariotomien	38
Enukleationen der intraligamentären Cysten	4
Myomotomien	5
Salpingotomien	4
Laparotomia explorativa	3
Graviditas extra-uterina abdominalis . . .	2
Resektion des Cystocarcinoms	1
Ventrofixatio uteri	1
Laparotomia secundaria	2
Im Ganzen	60 Fälle.

Gestorben 1 = 1,6 % Mortalität.

Exitus hatte namentlich in dem Falle von Resektion des Cystocarcinoms stattgefunden. Die Operation war eine sehr schwere, die Geschwulst war nicht ganz exstirpirbar wegen zahlreicher und fester parietaler und Darmadhäsionen. Die Darmwand wurde eingerissen und sorgfältig genäht. Die Kranke ist am 10. Tage nach der Operation an einer Kothperitonitis wegen ungeheilter Darmwunde gestorben. Die eine Laparotomia secundaria wurde wegen Nachblutung 5 Stunden nach der Ovariotomie, die andere 24 Stunden nach einer schweren Salpingotomie wegen Ureterenknickung gemacht.

Unter den 57 geheilten Operirten war die höchste Temperatur nach der Operation:

bis	37,0	bei 5	Operirten,
-	37,6	- 26	-
-	38,0	- 46	-

Eine Temperatur von mehr als 38,0° war nur bei 11 Kranken, eine noch höhere, bis 40,0°, wurde aber niemals beobachtet. In keinem dieser Fälle konnte weder Abscess, noch septische Intoxikation vermuthet werden. Leichtere Grade von Entzündung im Beckenzellgewebe oder Beckenperitoneum wurden nur in den Fällen beobachtet, wo schon vor der Operation eine Para- oder Perimetritis, z. B. bei Salpingotomien, Graviditas extra-uterina etc., bestand.

Das Allgemeinbefinden war im Ganzen besser, als nach den antiseptischen Laparotomien. Collapserscheinungen, ungemeines Sinken

der Temperatur gleich nach der Operation, Verminderung der Harnquantität, Darmstörungen etc. sind auch viel seltener und in bedeutend geringerem Grade zum Vorschein gekommen, als sonst bei streng antiseptisch behandelten Laparotomien.

Obgleich das Ergebnis der klinischen Beobachtung die Asepsis in unseren 60 Laparotomien so gut wie bestätigte, so wollte ich dieselbe Thatsache auch noch bakteriologisch begründen. Die entsprechenden Untersuchungen wurden bei einigen unserer letzteren Fälle von dem klinischen Assistenzarzte Dr. Pissemsky unter Leitung des Herrn Dr. Janowsky und theils unter Mitwirkung der Herren Prof. Pawlowsky und Podwyssotsky gemacht. Alle Gegenstände, wie Ligaturen, Schwämme, Verbandstoffe, Wäsche etc., die zur Operation gebraucht waren, wurden gleich vor Beginn der Operation oder nach derselben in die Probirgläschen mit sterilisirter Peptongelatine oder mit Bouillon im Operationszimmer übertragen und im Thermostat bei 36° C. 3—10 Tage beobachtet. Da zum Übertragen der erwähnten Gegenstände dieselben Instrumente, welche für die Operation vorbereitet waren, gebraucht wurden und keine besondere Vorsicht gegen das Eindringen von Luft in die Probirgläschen angenommen war, so hat man damit zu gleicher Zeit auch die Instrumente und zum Theil auch die Luft des Operationszimmers auf Bakterien untersucht. In einigen Versuchen wurden auch Plattenkulturen nach Koch vorbereitet.

Nach diesen Untersuchungen, die aber noch nicht abgeschlossen sind, darf man schon urtheilen, dass die ganze Umgebung der Wunde in unseren Fällen meistentheils ganz steril war.

Ähnliche bakteriologische Untersuchungen wurden mit den Verbandstoffen angestellt, die bei dem Verbandwechsel am 8.—11. Tag nach der Operation von der Oberfläche der Wunde und aus verschiedenen Schichten des Verbandes mit nothwendigen Vorsichtsmaßregeln genommen waren. Reines Marli, als auch mit trockenem Blute beschmutztes, wurde 9 Tage nach der Operation steril gefunden. Dasselbe Resultat gab auch ein Fall, wo kein einziger Tropfen von chemischen Desinficientien in die Wunde eingeführt wurde. In diesem Falle gaben auch die entfernten Seidenbauchnähte keine einzige Bakterienkolonie auf den Plattenkulturen. Einmal hat auch Dr. Janowsky sehr sorgfältig den Inhalt der Drainage der Bauchhöhle einige Tage nach der schweren Ovariotomie auf Bakterien untersucht und ebenfalls vollkommen steril gefunden[3].

Aus allen diesen bakteriologischen Untersuchungen kann man den Schluss ziehen, dass bei der strengeren Anwendung der Asepsis eine vollkommene Sterilisation der Wunde erreichbar ist, so wie gleich nach der Operation, als auch mehrere Tage später. Diese wichtige Thatsache ist, wie bekannt, von mehreren Seiten bestritten worden.

---

[3] Siehe Protokolle der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft zu Kiew 1889. Hft. 5. p. 18. (Russisch.)

Endlich muss ich noch bemerken, dass, wenn die Asepsis bei den Laparotomien (natürlich in nicht inficirten Fällen) der Antisepsis vorzuziehen ist, so sind doch für die allgemeine Einführung der aseptischen Methode in die tägliche Praxis noch weitere Untersuchungen dringend nothwendig und besonders sind unsere üblichen Sterilisationsmethoden zu vereinfachen.

III. Primärer Pyokolpos und Pyometra bei einem 13jährigen Kinde.

Von

Sanitätsrath Dr. **Rheinstaedter** in Köln.

Am 23. Januar a. c. wurde die 13jährige C. D. aus H. in Westfalen von ihrem Vater in meine Privatkrankenanstalt mit dem Bemerken gebracht, dass sie seit längerer Zeit an der Blase leide, so dass die Ärzte ihr das Wasser hätten ablassen müssen. Außerdem seien Einreibungen auf den geschwollenen Leib gemacht worden, und erst der dritte Arzt in R. habe darauf gedrungen, dass das Kind sofort zu mir gebracht würde. Dasselbe war bleich, abgemagert, appetitlos und zeigte geringe Temperaturerhöhung, 38,5. Die Untersuchung ergab einen kugeligen, aus dem Becken bis zur Nabelhöhe emporsteigenden Tumor, dem nach rechts von der Mittellinie eine apfelgroße Geschwulst aufsaß. Der ganze Tumor machte bei der äußeren Palpation den Eindruck eines Ovarialkystoms.

Als ich bei der Untersuchung der Genitalien die Scheide vollständig verschlossen fand, forschte ich nach etwaigen Molimina menstrualia; dieselben hatten sich jedoch niemals bemerklich gemacht. Das Kind war immer leidend gewesen, hatte zeitweise über Leibschmerzen geklagt, besuchte aber die Schule, half bei den Feldarbeiten und konnte nur in letzter Zeit nicht die Blase spontan entleeren.

Der Tumor wölbte sich stark in das Rectum vor und gab hier deutlich das Gefühl der Fluktuation; auch konnte man von hier aus durch Druck den flüssigen Inhalt so nach vorn drängen, dass die dunkelrothe Schleimhaut, welche die Rima vulvae verschloss, sich anspannte. Ich schnitt sofort ein rundes Fenster in die obturirende Membran, es entleerten sich aber anstatt des erwarteten Blutes ungefähr 3 Liter dickflüssigen Eiters. Nach der Entleerung war der Tumor verschwunden, und fühlte man nur in der rechten Regio hypogastrica noch einen walzenförmigen Körper. Ich legte nun einen kleinfingerdicken Gummidrain ein, nähte denselben an eine Schamlippe an und ließ zweimal täglich mit Kali hypermanganicum ausspülen.

Fieber und Schmerzen verschwanden sehr bald, der Appetit kehrte wieder und das Uriniren ging sofort spontan von statten. Nach 14 Tagen war die Eitersekretion versiegt, so dass ich Pat. entlassen konnte.

Bei der zuletzt vorgenommenen Untersuchung konnte ich den Zeigefinger in die mit glatter Schleimhaut ausgekleidete Vagina einführen und durch einen dünnen Fergusson die $2^1/_2$ cm lange Gebärmutter sondiren. Die vordere Muttermundslippe hatte sich schon herausgebildet. Um Vagina und Uterus herum konnte man noch geringe exsudative Infiltrate palpiren. Zum ferneren Offenhalten der Scheide führt sich Pat. noch einen Monat lang Morgens und Abends einen fingerdicken Holzcylinder ein, wie ich solche von steigendem Kaliber zur Behandlung des Vaginismus empfohlen habe.

Während es nicht gerade so selten vorkommt, dass nach Entleerung eines Hämatokolpos und einer Hämatometra der blutige Inhalt sich in Eiter umwandelt, ist primärer Pyokolpos und primäre Pyometra äußerst selten.

---

1) **Eduard Clemenz** (Dorpat). **Anatomische und kritische Untersuchungen über die sogenannten weißen Infarkte der Placenta und über den sogenannten weißen Deciduaring.**

Inaug.-Diss., Dorpat, 1889. 156 S.

Verf. giebt einen sehr sorgfältig durchgearbeiteten Überblick über die Ansichten älterer und neuerer Gynäkologen, ob die Infarkte der Placenta Produkte stattgehabter Entzündung (Placentitis) oder veränderte Blutergüsse sind. Er berichtet, wie sich die Meinungen in zwei Lager theilen, ja wie Einige (Gierse) zu verschiedenen Zeiten beide Ansichten vertreten. Andere, wie Scanzoni, unterscheiden von den aus Blutcoagulis entstandenen schichtförmige, durch Entzündung entstandene Ablagerungen, während Scanzoni selbst zugiebt, dass eine Unterscheidung oft nicht möglich. Den weißen Deciduaring halten die Einen (Hegar) für Verfettung, die Anderen (Dohrn) für eine Demarkationslinie durch Zellenneubildung.

Die eigenen mikroskopischen Untersuchungen sind an 40 Placenten (18 Primiparae, 22 Multiparae) vorgenommen. Man unterscheidet: 1) Weißer Randinfarkt am eigentlichen Rand der geborenen Placenta; 2) Margo placentae, weißer Infarkt, mehr central gelegen; 3) inselförmige, weiße Infarkte: a) auf der Fötalfläche, b) auf der mütterlichen Fläche der Placenta; 4) atrophischer Placentarrand. Verf. behauptet, wirklich entzündliche Vorgänge mit Bildung eitriger Massen finden sich im puerperalen Zustande wohl nur bei Endometritis decidua, auf der Oberfläche der Decidua vera und in ihr, zwischen Vera und Reflexa oder zwischen Chorion und Reflexa (»Placentitis«). Den weißen Infarkt auf Blutungen allein zurückzuführen, ist nicht möglich, da dieselben in vielen Fällen sicher fehlten. Gegen die Annahme einer Ablagerung von Fibrin spricht der Umstand, dass der Fibringehalt des fötalen Blutes dem mütterlichen gegenüber bedeutend vermindert ist. Von einer Coagulationsnekrose kann auch nicht gut gesprochen werden, da, selbst wenn ein Theil der Arterien durch Periarteriitis verstopft wird, die Zotte durch Collateralkreislauf weiter ernährt wird. Hinsichtlich der Veränderungen in der Decidua herrschen eigentlich nur 3 Ansichten. Nach der einen Ansicht handelt es sich um Verfettung (Virchow, Hegar u. A.), nach der anderen um das normaliter zu Ende der Gravidität in der Placenta und in den Eihäuten vorkommende »kanalisirte Fibrin« (Langhans), nach der dritten Ansicht um Coagulationsnekrose. Verf. will die fraglichen Veränderungen an der Placenta als Produkte einer regressiven Metamorphose ansehen, welche dem, was v. Recklinghausen als »Hyalin« beschrieben hat, am nächsten kommen. Dann weist Verf. die Bezeichnung »weißer Infarkt der Placenta« als unzutreffend zurück, da es sich nicht um Infarkte, sondern einerseits um Thrombosen handle, andererseits um eine Nekrose oder Nekrobiose, die unabhängig von der Thrombose verlaufen kann; er schlägt vor, den Namen »inselförmige weiße Nekrosen der Placenta« beizubehalten. Hinsichtlich des Zusammenhanges zwischen Nephritis der Mutter und Placentarerkrankungen giebt Verf. zu, dass Nephritis zu solchen disponirt und dabei Nekrosen der Placenta in recht ausgeprägtem Grade vorkommen. **K. Ruhemann** (Berlin).

---

2) **Franz Veith** (Breslau). Vaginalepithel und Vaginaldrüsen.

Inaug.-Diss., Breslau, 1889 und Virchow's Archiv Bd. CXVII.

Bei der großen Meinungsverschiedenheit unter Gynäkologen und Anatomen über den Gehalt der Vagina an Drüsen möchte Ref. auf die Arbeit des Verf. hinweisen, der unter der Leitung von Ponfick genaue mikroskopische Untersuchungen über den anatomischen Bau

der Vaginalschleimhaut mit besonderer Berücksichtigung auf das Vorkommen von Drüsen an 30 Vaginen jeglicher Altersstufe angestellt hat. Nach seinen Forschungen ist die Vagina normalerweise drüsenlos; wenn in seltenen Fällen wirkliche Drüsen im Fornix und in der Nähe des Introitus vaginae beobachtet worden sind, so sind dieselben als abnorm zu bezeichnen und als eine Art Glandulae accessoriae s. aberrantes der Cervicaldrüsen einerseits, so wie der Bartholini'schen und Vulvadrüsen andererseits zu deuten. In klinischer Beziehung spricht für die Drüsenlosigkeit der Vagina das Verhalten derselben bei Inversion oder Prolaps, wo die prolabirte Scheide nach den übereinstimmenden Beschreibungen aller Gynäkologen vollständig ihren scheinbaren Schleimhautcharakter verliert, so wie das Fehlen eines autochthonen Vaginalsekrets. Gegenüber v. Preuschen, der in seiner Arbeit über Cystenbildung der Vagina in den von ihm untersuchten Objekten Drüsen gefunden haben will, als deren Retentionscysten er die Vaginalcysten hält, glaubt er, dass das, was v. Preuschen als Drüsen ansieht, nicht Drüsen, sondern näher beschriebene Epitheleinsenkungen wären; dann führt er kurz die bisher beobachteten Entstehungsmöglichkeiten der Vaginalcysten an.

1) Cysten des paravaginalen Gewebes können nach der Vagina zu prominiren.

2) Eigentliche Vaginalcysten können sich bilden:

a) durch verklebte Schleimhautfalten (Winckel);

b) aus den Lymphfollikeln (Schröder) und dem lymphatischen Apparat (Spiegelberg) überhaupt;

c) im interstitiellen Gewebe durch Bindegewebssaftkanäle (Eppinger);

d) aus Resten des Wolff'schen Ganges (Veit);

e) aus Bildungsanomalien der Müller'schen Gänge (Freund);

f) aus Blutextravasaten im Bindegewebe (Lebedeff und Winckel);

g) eventuell schließlich auch aus echten Drüsen, wofür jedoch noch keine thatsächlichen Befunde vorliegen.

K. Ruhemann (Berlin).

---

3) **A. Koettnitz** (Zeitz). Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 44—46.)

I. Peptonurie. K. hat im Jahrgang 1888 der deutschen med. Wochenschrift (cf. Ref. 1888 No. 48) eine Arbeit über Peptonurie in der Schwangerschaft veröffentlicht, deren wesentlichstes Resultat war, dass Peptonurie nur in den Fällen, wo die Frucht abgestorben und macerirt sei, auftrete. Auf Grund weiterer Untersuchungen ist er von dieser Ansicht zurückgekommen. Außer Abgestorbensein der Frucht fand er als ätiologisches Moment der Peptonurie noch andere accidentelle Ursachen, z. B. Ausschlag; ferner konnte er aber auch, wie Fischel, bei zwei gesunden Schwangeren

mit lebender Frucht Pepton nachweisen. Er nimmt an, dass dieses in solchen Fällen aus dem Fruchtwasser stammt, in welchem sich Propepton und Pepton, der eine dieser diffusiblen Eiweißstoffe selbst in der frühesten Embryonalzeit, finden soll.

K. berichtet in dem ersten Theil seiner Arbeit ausführlich über 2 interessante Fälle, bei welchen in der Schwangerschaft Peptonurie auftrat. In dem einen handelte es sich um eine 36jährige, früher epileptische Igravida, welche sich bis zum 5. Monat wohl fühlte. Von da ab trat schnelle Abmagerung, Verfall der Kräfte, Ödeme, Athembeschwerden ein. Der Urin war eiweißfrei. Schwäche und Frequenz des Pulses ließ auf eine Herzaffektion schließen. In der letzten Zeit der Schwangerschaft traten wiederholt heftige asthmatische Anfälle auf, welche spontan durch Wehen, künstlich durch äußere, wie innere Exploration ausgelöst wurden. (Verf. erwähnt einen anderen Fall, in welchem Asthma nach Reposition der retroflektirten Gebärmutter verschwand, bei wiedereingetretener Lageveränderung aber wiederkehrte.) Der, nachdem die Wehenthätigkeit eingesetzt, höchst bedenklich sich gestaltende Zustand der Kreißenden erforderte schließlich das Accouchement forcé, Perforation und Kraniektasie des ersten Kindes, Wendung und Extraktion des zweiten. Beide waren abgestorben. Während und nach der Entbindung kam es zu eklamptischen Anfällen. Albumen hatte sich im Urin ca. 6 Tage ante partum, vorher nie gefunden. Am Tage der Entbindung ließ sich außerdem Pepton in demselben nachweisen.

Ferner konnte K. Peptonurie bei einer 42jährigen IXgravida konstatiren, bei welcher er wenige Tage darauf manuell eine Blasenmole entfernte. Sehr interessant ist es, dass er in den Blasen Propepton fand.

II. Das Fruchtwasser und seine Eiweißstoffe. Propepton fand K. auch in der Chorionflüssigkeit eines ca. $2^1/_2$ wöchentlichen Eies; Propepton und Pepton im Fruchtwasser 5 reifer Früchte. Aus diesem Befund und den Untersuchungen anderer Autoren über das Fruchtwasser schließt er, dass die Eiflüssigkeit, das Amnioswasser, in der ersten Embryonalzeit vorherrschend die Bedeutung eines ernährenden Mediums besitzt, aber selbst in den späteren Stadien durchaus nicht eine nebensächliche, untergeordnete Rolle spielt.

In der Schwangerschaftspeptonurie bei lebender Frucht sieht K. ein physiologisches Phänomen, einen Diffusions- und Resorptionsvorgang bei der Bildung und Erhaltung des Fruchtwassers. Findet sich in letzterem ein Plus von Eiweiß, ein Minus von Wasser, so wird zur Erhaltung einer gleichen Dichte und Beschaffenheit des Amnioswassers von der Mutter ein Zufluss von Wasser, nach der Mutter ein Rückfluss von gelöstem Eiweiß stattfinden. Diese Erscheinung spiegelt sich ab in dem Auftreten der Peptonurie. Diese ist also auch hier der Ausdruck einer regulirenden Thätigkeit des Organismus.

Graefe (Halle a/S.).

4) **W. H. Wathen** (Louisville). Die Pathologie der Extra-uterin-Schwangerschaft und der Hämatocele.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. August. p. 785.)

W. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Das Ei wird niemals in der Gebärmutter befruchtet; die Befruchtung muss erfolgen, bevor oder sogleich nachdem das Ei in die Tube eintritt.

2) Extra-uterin-Schwangerschaft ist stets ursprünglich tubal mit der möglichen Ausnahme der Eierstocksschwangerschaft, vor Ablauf der 14. Woche erfolgt der Durchbruch der Tube in die Falten des breiten Mutterbandes oder des Bauchfells.

3) Eine Bauchschwangerschaft kann nur als Folge einer primären oder sekundären Ruptur bestehen; wenn die Chorionzotten oder die Verbindung der Placenta zerstört sind, so stirbt das Ei unmittelbar ab, da es keine sekundären Verbindungen mit anderen Organen eingehen kann.

4) Behält das Ei bei der Ruptur jedoch noch Verbindungen, so kann unter Umständen die Schwangerschaft ihren Fortgang nehmen, wahrscheinlich ist dies jedoch nicht. Zerreißt das Amnion in den ersten Monaten, so stirbt das Ei oder die Frucht.

5) Die sogenannte interstitielle Schwangerschaft bricht nicht immer, jedoch vorwiegend in das Peritoneum durch.

6) Wenn wir unter Hämatocele einen abgesackten oder begrenzten Tumor verstehen, so ist eine intraperitoneale Hämatocele unmöglich.

Engelmann (Kreuznach).

---

5) **E. C. Gehrung** (St. Louis). Bemerkungen über lokale Behandlung von Unverheiratheten.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. September. p. 927.)

G. spricht für lokale Behandlung bei Unverheiratheten, falls dieselbe sich als nothwendig herausstellt, und giebt ein Speculum, so wie kleine Ringe aus vulkanisirtem Gummi an, welche dieselbe sehr erleichtern sollen.

Engelmann (Kreuznach).

---

6) **Eberhart.** Zur Frage der Behandlung der Eihautretentionen.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVI. Hft. 2.)

Während in der Behandlung der Retention von größeren oder kleineren Placentarresten unter den Autoren die größte Einigkeit besteht, indem sie alle für baldige Entfernung derselben ex utero, etwaiger drohender Blutungen wegen, plaidiren, findet man bei der Behandlung der Eihautretentionen die widersprechendsten Angaben. E. schildert darum den von Kaltenbach sowohl in Gießen, wie auch in Halle mit bestem Erfolge eingeführten Behandlungsmodus dieses Zurückbleibens von Eitheilen.

Ausgehend von dem durch zahlreiche klinische Erfahrungen und bakteriologische Untersuchungen gestützten Standpunkte, dass die Uterushöhle keimfrei und dass die Spaltpilze sich ausschließlich in der Vagina und dem Cervix aufhalten, werden etwa zurückgebliebene Reste der Velamente ruhig im Uterus belassen und nur die in den Cervix und in die Vagina herabhängenden Fetzen entfernt, ohne dabei in den Uterus einzugehen; im weiteren Wochenbettsverlauf wird die Vagina durch wiederholte Ausspülungen aseptisch erhalten und Ergotin behufs Loslösung des Zurückgebliebenen verabreicht. Nach diesem Verfahren wurden vollständig fieberfreie Wochenbetten trotz Eihautretentionen erzielt in einem Zeitraum von $5^1/_2$ Jahren, seitdem Kaltenbach nach diesem Gesichtspunkte verfahren.

Das sonst übliche klinische Desinfektionsverfahren gipfelt nach obigem Standpunkte in der prophylaktischen Vaginaldesinfektion; nach gründlicher Abseifung der äußeren Genitalien wurden vor der ersten Untersuchung eine vaginale Ausspülung und bei protrahirten Geburten noch solche sub partu gemacht; intra-uterine Ausspülungen post partum werden als unnöthig angesehen, da das Cavum uteri a priori keimfrei ist.

Diese peinliche Desinfektion des Geburtskanals durch die präliminare Vaginaldusche — wodurch eine ganz vorzügliche Wochenbettsstatistik erzielt wurde — bildet aber auch gleichzeitig eine segensreiche Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum.

Die Leitung der Nachgeburtsperiode ist eine exspektative; erst nach $1^1/_2$—2 Stunden wird die Placenta exprimirt, wenn sie nicht demonstrationis causa vorher bei deutlich vorhandenen Zeichen erfolgter Lösung (ausgesprochene Abflachung des Uterus von vorn nach hinten, Höhertreten des Fundus bei guter Kontraktion und Herabtreten der Nabelschnur) ausgedrückt oder spontan ausgestoßen wurde.

Eihaut- und Placentarretentionen sind darum in der Klinik äußerst selten.

Menzel (Görlitz).

Kasuistik.

7) **Dührssen.** Über die Ruptur und Vereiterung der Beckengelenke während der Geburt und im Wochenbette.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXV. Hft. 1.)

D. zeigt, dass sich über die Vereiterung der rupturirten Symphyse unrichtige Vorstellungen eingeschlichen haben. Er berichtet über folgenden selbst beobachteten Fall:

Eine Xgebärende, welcher trotz normalen Beckens schon 2 Kinder unter der Geburt gestorben waren wegen zu starker Entwicklung und dadurch bedingter Verzögerung des Durchtritts der Schultern, wurde mit der Zange entbunden. Die Entwicklung des Kopfes machte keine Schwierigkeiten, dagegen die der Schultern so enorme, dass das inzwischen asphyktisch gewordene Kind nicht mehr zum Leben gebracht werden konnte. Das Kind wog 5884 g, der Kopf betrug 34, die Schultern 50 cm im Umfang. Am 3. Tage des Wochenbettes leichte Temperatursteigerung bei gutem Puls, bei Druck auf die Symphyse heftiger Schmerz, aufgehobene Bewegung der Unterextremitäten, Auswärtsrotation der Beine. Diese auf Ruptur der

Symphyse deutenden Symptome erhielten sich fortan bei völligem Fehlen andere Krankheitserscheinungen. Am 4. Tage Schüttelfrost und hohes Fieber, das am 7. Tage remittirend wurde. Zu Beginn der 3. Woche wachsende Schwellung über der Symphyse, welche in der 5. Woche Nabelhöhe erreichte und fluktuirte. Desswegen breite Incision, Entleerung von Eiter, die Symphyse zeigt sich klaffend und der linke Ramus horizontalis des Schambeins vom Periost entblößt. 4 Tage darauf wird ein Abscess an der Innenfläche des rechten Oberschenkels gespalten. Von da ab Abfall des Fiebers und nach 4 Wochen völlige Genesung mit fester guter Vereinigung in der Symphyse.

Durch den glücklichen Ausgang der Krankheit veranlasst, die Litteratur durchzusehen, fand D. Folgendes: In einer ganzen Reihe ähnlicher Fälle war der Tod eingetreten durch gleichzeitiges schweres Puerperalfieber. Nach Ausschluss dieser Fälle bleiben 2 Gruppen übrig: 1) »Fälle von Vereiterung einer oder mehrerer Beckensymphysen mit exspektativer Behandlung«, 2) »Fälle von Vereiterung der Beckensymphysen mit Incision«. Dabei unterscheidet er nicht, ob die Vereiterung ein intaktes oder vorher rupturirtes Beckengelenk befiel, da der Ausgang in beiden Fällen nur von der Art der Therapie abhing. An einer Zusammenstellung von 33 Fällen zeigt Verf., dass von 24 ohne Incision Behandelten nur die 7 genasen, bei welchen der Eiter freien Abfluss nach außen hatte, sei es durch primäres Hineinreichen eines Scheidenrisses bis in das Gelenk oder durch späteren spontanen Durchbruch des Abscesses nach außen. Die 9 mit Incision in den Eiterherd behandelten Fälle verliefen alle glücklich.

D. kommt daher zu dem Schluss, dass bei Komplikation von Puerperalfieber mit Vereiterung der Beckengelenke die Prognose in erster Linie abhängt von dem Verlaufe des Puerperalfiebers. »Gelingt es, das Puerperalfieber erfolgreich zu bekämpfen, so erfolgt bei Symphysenvereiterung Heilung, falls dem Eiter, sei es durch Incision, sei es durch spontanen Aufbruch, freier Abfluss gewährt wird. Erfolgt aber nach Beseitigung der verschiedenen puerperalen Affektionen keine Entleerung des in den Beckengelenken vorhandenen Eiters, so tritt auch dann noch der Tod ein in Folge von sekundärer Pyämie etc. »In allen übrigen Fällen von isolirter Symphysenvereiterung, mag dieselbe auch auf Pyämie beruhen, ist die Prognose durchaus günstig, falls man frühzeitig incidirt. Überlässt man dagegen die Erkrankung der Natur, so tritt nur in seltenen Fällen durch Aufbruch des Abscesses Heilung, sondern im Allgemeinen der Tod ein (in 70,9% der Fälle)«. »Die Ursachen der Symphysenvereiterung sind: Pyämie (metastatische Gelenkentzündung), Infektion (nicht septischer Natur) vermittels einer Scheidenwunde, die unter Umständen erst im Wochenbett eintritt, und Tuberkulose. Bei erfolgter Symphysenruptur spricht ein in den ersten 7 Tagen vorhandenes Fieber an und für sich noch nicht für den Eintritt einer Vereiterung. Dasselbe kann auf der Resorption des unzersetzten Blutextravasates beruhen. Längeres Fieber jedoch mit dauernder Schmerzhaftigkeit und Anwachsen der Schwellung an der Symphyse zeigt eine Vereiterung des Blutextravasates an.

Die Vereiterung der nicht rupturirten Symphyse kann leicht übersehen werden. Bei Fieber im Wochenbette ohne auffindbare Ursache sind daher auch die Beckensymphysen genau zu untersuchen. Die Incision nehme man frühzeitig vor, um Senkungsabscessen vorzubeugen.

Die, wenn auch schwierige, manuelle Entwicklung der nachfolgenden Schultern kann nur bei pathologischen Veränderungen der Beckensymphysen eine Ruptur derselben herbeiführen.« **Pfannenstiel** (Breslau).

8) **Glaeveke.** Körperliche und geistige Veränderungen im weiblichen Körper nach künstlichem Verluste der Ovarien einerseits und des Uterus andererseits. (Aus der gynäkologischen Klinik zu Kiel.)

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXV. Hft. 1.)

G. konnte 44 Fälle von Kastration, resp. doppelseitiger Ovariotomie einerseits und 14 Fälle von Totalexstirpation des Uterus ohne Mitentfernung der Ovarien andererseits verwerthen. Er kommt zu dem Resultat, dass die Kastration viel

tiefer in den gesammten Organismus der Frau einschneidet, als die Totalexstirpation des Uterus und dass die verstümmelnde Wirkung der ersteren viel höher anzuschlagen ist.

Die Kastration ruft bedeutende und zahlreiche als künstliches Klimakterium zu deutende Beschwerden hervor, die Beschwerden nach der Totalexstirpation des Uterus dagegen sind geringfügig.

Was die einzelnen Veränderungen nach der Kastration anlangt, so erlosch die Menstruation in 88%, in 12% wurde sie seltener und spärlicher. Selten und unbedeutend traten vikariirende Blutungen auf, dagegen in ungefähr der Hälfte der Fälle Molimina menstrualia. Die »frühzeitig klimakterischen« Beschwerden bestanden in heißen Übergießungen, unbegründeten Schweißen, Kopfschmerzen, Schwindel, Fluor albus und dgl. Regelmäßig atrophirten Uterus und Vagina. Myome schrumpften rasch und erheblich. Es trat vermehrte Körperfülle mit Neigung zu Fettansatz ein. Die Libido sexualis blieb nur in der Minderzahl erhalten. Der Gemüthszustand wurde fast immer ein bedrückter, oft ausgesprochene Melancholie, 3mal wirkliche Psychose.

Nach der Totalexstirpation des Uterus stellten sich niemals vikariirende Blutungen ein, dagegen Molimina climacteria, die allmählich abklangen und nach Jahresfrist verschwunden waren. Die zurückgebliebenen Genitalien atrophirten nicht. Der allgemeine Ernährungszustand hob sich, doch ohne Neigung zu Fettansatz. Die Libido sexualis wurde wenig beeinträchtigt. In einigen Fällen entwickelte sich ein Hang zur Melancholie, der einige Male zur ausgesprochenen Psychose führte.

In Betreff der Erklärung der Veränderungen steht Verf. im Allgemeinen auf der Pflüger'schen Theorie, nach welcher der Anstoß zur Menstruation doch immer vom Ovarium gegeben wird und mit der Fortnahme desselben erlischt. Deswegen erlischt die Menstruation nach der Kastration und es treten die Beschwerden der klimakterischen Zeit ein. Die Molimina menstrualia nach der Kastration entstehen nach Verf. so, »dass nach der Fortnahme der Ovarien doch noch aus alter Gewohnheit eine Zeit lang periodisch alle vier Wochen ein Reiz von den bei der Menstruation thätigen Nervencentren nach dem Uterus hin stattfinde und hier Hyperämie hervorriefe«. Die Molimina menstrualia nach Uterusexstirpation werden von G. erklärt durch die Fortdauer der Ovarialthätigkeit und die dadurch reflektorisch alle 4 Wochen ausgelöste Beckenhyperämie.

Pfannenstiel (Breslau).

9) **J. Chambrelent** (Bordeaux). **Über akute Meningitis in der Schwangerschaft.**

(Annal. de gynécol. 1889. Februar.)

Während man sich im Allgemeinen bei akuten Erkrankungen in der Schwangerschaft aller Eingriffe in Bezug auf letztere enthalten soll, weil 1) eine schwere akute Erkrankung an sich schon zur Unterbrechung der Schwangerschaft führt, 2) durch einen operativen Eingriff sich die Prognose für die Mutter verschlechtert und 3) auch der Fötus meist mit erkrankt ist, befürwortet C. für die akute tuberkulöse Meningitis eine Ausnahmestellung. In 7 Fällen, darunter 3 eigenen Beobachtungen, konstatirte C., dass die Frucht niemals zugleich an Tuberkulose erkrankt war und dass nur einmal eine spontane Geburt kurz vor dem Tode der — hochfiebernden — Mutter stattfand. In 4 Fällen, wo die Schwangerschaft schon über den 7. Monat hinausgediehen war, wurde einmal durch die erwähnte spontane Geburt, 1mal durch Kaiserschnitt post mortem, und 2mal durch Accouchement forcé ein lebendes Kind erzielt. Nur der durch Kaiserschnitt entwickelte 7monatliche Fötus starb kurze Zeit nach der Geburt.

C. schlägt auf Grund dieser Erfahrungen vor, bei akuter tuberkulöser Meningitis der Mutter die künstliche Frühgeburt einzuleiten, wenn die Schwangerschaft bis über den 7. Monat vorgeschritten ist. **Heyder** (Leipzig).

10) Schmitt. Zur Kenntnis der Tubengonorrhoe.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXV. Hft. 1.)

S. berichtet über einen Fall von gonorrhoischer Infektion beim Weibe. Anfangs nur Erscheinungen an Urethra und Uterus mit sicher nachgewiesenen Gonokokken, nach mehreren Wochen Entzündung der Adnexa uteri, welche allmählich so hochgradige Beschwerden (Schmerzen, häufige Fiebererregungen, Abmagerung) verursachten, dass die Entfernung der stark verdickt zu fühlenden linken Tube indicirt schien. Die Operation, bestehend in Salpingotomia et Ovariotomia sinistra war schwierig wegen ausgedehnter Verwachsungen, so dass einerseits Tubeneiter in die Bauchhöhle austrat und andererseits die Darmserosa an einer Stelle einriss. Tod am 2. Tag. Sektion: Frische Peritonitis in Folge von Darmperforation. Verf. untersuchte sowohl die durch Operation entfernte linke, als die bei der Sektion entnommene rechte Tube und fand bei beiden die gleichen Veränderungen: Verdickung, Vergrößerung und Anfüllung mit Eiter, in welchem mit Sicherheit Gonokokken nachgewiesen werden konnten. Die histologischen Befunde der Tuben entsprachen durchaus denen, die bei anderen gonorrhoisch erkrankten Schleimhäuten festgestellt worden sind, und zwar in einem weit vorgeschrittenen, der Heilung sich nähernden Stadium. Einige Veränderungen sind auf den vermehrten Innendruck durch Eiterretention zurückzuführen. Im Gewebe der Tuben fand Verf. keine Gonokokken, welchen Umstand er auf den vorgeschrittenen Heilungszustand zurückführt. Die Methode der Schnittfärbung war die mit Anwendung von starken Lösungen von Methylviolett in Toluidinwasser und nachheriger Entfärbung in absolutem Alkohol.

Verf. stellte ferner klinische Untersuchungen über Tubengonorrhoe an: Von 116 Fällen sicher erwiesener akuter oder subakuter Gonorrhoe waren 27 komplicirt durch sekundäre Erkrankung der Beckenorgane, darunter 4 mit gleichzeitiger Syphilis.

Bei der Häufigkeit entzündlicher Vorgänge im Parametrium und Beckenperitoneum auch ohne gonorrhoische Ursache ist nach Verf. somit der Procentsatz der Tubengonorrhoe im Verhältnis zur gonorrhoischen Infektion des Weibes überhaupt nur gering. Das Fortschreiten der Gonorrhoe auf die ganze Schleimhaut des weiblichen Genitalapparates scheint dem Verf. meist innerhalb der ersten 2 Monate nach der Infektion stattzufinden. Die Perimetritis gonorrhoica erklärt er als entstanden durch Übertritt von Eiter durch das Ostium abdominale der Tube. Der Eiter wirkt nicht durch den Gonokokkengehalt, sondern als chemischer Reiz. Die zuweilen beobachtete tödliche Wirkung des Platzens einer Pyosalpinx ist durch Mischinfektion bedingt.

Pfannenstiel (Breslau).

11) Leopold. Dritter Beitrag zur Verhütung des Kindbettfiebers. Rückblick auf die 1369 klinischen Geburten des Jahres 1888. (Mittheilung aus der Königl. Frauenklinik zu Dresden.)

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXV. Hft. 1.)

Die Zahl der Wöchnerinnen, die der Operationen, so wie die der Gestorbenen stimmt fast genau mit denen in den Vorjahren überein. Die Gesammtmortalität von 1888 betrug 1,09%, die durch Infektion in der Klinik selbst bedingte Mortalität 0,25 trotz weitgehender Ausnutzung des Materiales zu Lehrzwecken. Alle Todesfälle werden angeführt und die der letztgenannten Kategorie insbesondere zur Erklärung des Infektionsmodus ausführlich besprochen. L. warnt vor dem Unfug der Untersuchung von Kreißenden durch Hausschwangere, welcher höchst wahrscheinlich 2 Opfer zur Folge hatte, und mahnt zu scharfer Überwachung der Hausschwangeren. Er zeigt ferner, wie wesentlich die letzten 4 Jahrgänge mit 0,14—0,25% Todesfällen durch Infektion in der Klinik abstechen gegen den vorangehenden Jahrgang (1884) mit 0,8%.

Von den Wochenbetten verliefen 79% afebril. 95% aller Wöchnerinnen wurden bis zum 12. Tage entlassen. 1,8% wurden von puerperalen Erkrankungen betroffen.

Von den 427 Wöchnerinnen der 3 letzten Jahrgänge, die nie innerlich unter-

sucht oder ausgespült worden waren, blieben 98,4% afebril, die übrigen hatten vorübergehende Temperatursteigerungen. Dieses und das jüngst von Mermann publicirte ähnlich günstige Resultat (Vermeidung der prophylaktischen Scheidenausspülungen) beweisen dem Verf. die Richtigkeit der neueren Instruktionen für Hebammen in Sachsen und Preußen, nach welchen auf die persönliche Reinigung der Hebammen der Hauptwerth gelegt wird und die Reinigung der inneren Geschlechtstheile auf das äußerste beschränkt wird. **Pfannenstiel** (Breslau).

12) **A. Pinard** (Paris). **Beitrag zur Geschichte der dreifachen Schwangerschaften.**

(Annal. de gynécol. 1889. Januar.)

P. theilt einen einschlägigen Fall mit, wo die Diagnose vorher genau gestellt war. Durch Palpation konnten 6 verschiedene große Kindestheile in dem sehr großen Uterus nachgewiesen werden. Die Auskultation ließ mit Sicherheit nur zwei lebende Kinder diagnosticiren.

Die Schwangere war gesund, bekam aber am Ende der Schwangerschaft vorübergehend mehrmals dyspnoische Anfälle. Am dritten Tage nach dem ersten derartigen Anfall fand ein sehr heftiger statt; die Anstaltshebamme untersuchte und als sie den Muttermund zweimarkstückgroß fand, sprengte sie die Blase und schickte nach ärztlicher Hilfe. Rasch auf einander folgten noch einige Anfälle und gleich darauf starb die Kreißende. Sofort extrahirte P. die Kinder, 2 Mädchen von 2150 und 2720 g und einen Knaben von 2950 g, alle lebten und blieben erhalten.

Bei der Sektion fiel die stark vergrößerte und hyperämische Leber (3220 g) auf, die von einer Anzahl älterer und frischer Apoplexien durchsetzt war. Außerdem Dilatation des rechten Ventrikels und Verminderung der Wandstärke. P. glaubt als Todesursache Herzlähmung in Folge übermäßiger Arbeitsleistung annehmen zu müssen. **Heyder** (Leipzig).

13) **Doléris** (Paris). **Salpingitis und Kastration, künstliche Entleerung von Flüssigkeitsansammlungen in den Tuben durch Erweiterung und Drainage des Uterus.**

(Nouv. Arch. d'obstetr. et de gyn. 1889. No. 6.)

D. wendet sich gegen den Missbrauch der Kastration bei Salpingitis, der auch heute noch gefunden werden kann; vielfach wird ohne genügende Anzeige zu der Operation geschritten, in Fällen, die einer konservativen Behandlung noch zugängig sind. Nach einer Erläuterung über das Wesen der verschiedenen Arten von Flüssigkeitsansammlungen betont er in den Schlussfolgerungen nochmals, dass man jede Salpingitis monatelang beobachten und erst als letztes Hilfsmittel die Kastration betrachten dürfe. Viele Fälle könnten durch künstliche Entleerung durch den Uterus zur Heilung gebracht werden.

Sein Verfahren besteht in 1) Dilatation des Uterus. Zuerst werden Laminariastifte verwendet, dann aseptisch gemachter Schwamm, der bis zum Fundus uteri hinaufgeschoben wird. Durch das Aufquellen des Schwammes werden auch die uterinen Tubenmündungen erweitert.

2) Genaue Ausschabung der Uterusecken, um Hindernisse des Abflusses zu beseitigen, welche durch Schleimhautwucherung an den Tubenmündungen bedingt sind.

3) Drainage der Uterushöhle durch Ausstopfung mit Glycerin getränkter Jodoformgaze. Die Gaze muss täglich, längstens alle 2 Tage gewechselt werden. Nach Maßgabe der Verkleinerung des Tumor wird später die Menge der Gaze allmählich vermindert.

Nach der Operation erhalten die Pat. täglich antiseptische Scheidenausspülungen, danach wird ein Jodoform-Glycerintampon eingelegt.

D. legt besonderes Gewicht darauf, dass die Pat. sich noch längere Zeit schonen und zumal bei der ersten Menstruation strenge Bettruhe innehalten.

Nicht bei allen Fällen hat D. das gewünschte Resultat erreicht.

Heyder (Leipzig).

14) R. Asch. Exstirpation des Uterus mit Resektion der Scheide wegen Vorfalles. (Acht Fälle aus der Breslauer Frauenklinik.)

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXV. Hft. 2.)

Verf. berichtet über die 8 in den Jahren 1885—1888 in der Breslauer Frauenklinik nach der in der Überschrift genannten Art operirten Fälle von Vorfall. Eine Pat. starb an Pyelonephritis 10 Tage nach der Operation. Die übrigen wurden von ihrem Leiden geheilt. A. zieht die Totalexstirpation des Uterus mit Resektion der Scheide der Ventrofixation nach Laparotomie und der Amputation des Corpus uteri mit Einnähen des Stumpfes in die Bauchwunde vor, weil letztere Operationen lebensgefährlicher und dabei in ihrem Dauererfolg unsicherer sind und weil sie auch noch andere Beschwerden (durch Verzerrung der Blase nach oben, durch Entstehung einer Bauchhernie) im Gefolge haben können. Dagegen ist die Exstirpation des Uterus ungefährlicher und von sicherem Heilungserfolg.

Allerdings hat sich herausgestellt, dass zuweilen — wenn nicht genügend von der hinteren Scheidenwand resecirt werden konnte — noch eine Dammplastik als Nachoperation erforderlich sein kann. Indikation sei vorhanden bei Fällen, in denen von vorn herein eine Heilung des Vorfalles auf anderem Wege unmöglich erscheine, und bei solchen, wo wiederholte kunstgerecht ausgeführte Kolporrhaphien nicht zum Ziele geführt haben. Die Operation selbst findet A. keineswegs so leicht, und zwar wegen der Häufigkeit von Verwachsungen, wegen der ungewohnten topographischen Verhältnisse, wegen der Nothwendigkeit, die Blase oft in sehr großer Ausdehnung freilegen zu müssen und dgl. Die angewandte Methode war meist folgende: Beginn an der hinteren Scheidenwand. Vernähung des Peritoneums an die Scheide. Abbindung der Ligamenta lata beiderseits. Resektion der vorderen Scheidenwand mit querer Vereinigung der geschaffenen Blasenwunde. Ablösung der Blase vom Uterus, Naht des Peritoneum über die so entstandene Blasenwunde. Sagittale Vernähung des Restes der hinteren Scheidenwand. Fixirung der Stümpfe der Ligamenta lata beiderseits an den Scheidenrest. Verschluss des allseitig mit dem Peritoneum in Verbindung gebrachten Scheidenlochs durch einen Jodoformgazetampon. Der Zug des Peritoneum nach oben, besonders durch die Stümpfe der Ligg. lat., ist nach Verf. hervorragend betheiligt an dem guten Heilerfolg.

Mehrere sehr übersichtliche Zeichnungen erläutern die in der Arbeit niedergelegten Anschauungen. **Pfannenstiel** (Breslau).

15) P. Liebrecht. Über Kraniotomie.

(Journ. d'accouch. 1889. No. 7—9.)

L. vertheidigt die Embryotomie gegenüber der Sectio caesarea (Sänger). Er berechnet für letztere mit Zugrundelegung der Kaiserschnittstatistik deutscher Operateure, welche die besten Resultate gehabt haben, eine Mortalität von 15%, welcher nur 6% nach unter strenger Antisepsis ausgeführten Embryotomien gegenüberstehen. Er glaubt, dass letztere Zahl noch zu hoch gegriffen, da hier mancher Todesfall eingerechnet sei, welcher nicht mit der Embryotomie in Zusammenhang gebracht werden dürfe. Er beruft sich hierbei auf die Leopold'sche Statistik (0%) und die Wiener (1,95%).

L. schließt seine Arbeit mit der Beantwortung der Frage, ob man sich nach der Perforation des Kranioklasten oder des Kephalotribs bedienen soll. Er entscheidet sich für den letzteren, indem er das lobende Urtheil Credé's und Zweifel's über dies Instrument (Busch) und die von dem Letzteren mit ihm erzielten Resultate anführt. **Graefe** (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 10. **Sonnabend, den 8. März.** **1890.**

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS. MAR 20 1890

Inhalt: I. **L. Meyer**, Die Schultze'schen Schwingungen bei Verletzungen des Kindes. — II. **H. Fritsch**, Sterilisationstopf für das Operationszimmer, nebst einigen Bemerkungen zur Desinfektion in der Klinik. — III. **H. Fritsch**, Kanüle zur lokalen Behandlung der weiblichen Harnröhre. (Original-Mittheilungen.)

1) **Tilanus**, Jodoform. — 2) **Buchner**, Jodoformdämpfe. — 3) **Graefe**, 4), 5) **Dührssen**, Blutungen post partum.

6) Gynäkologische Gesellschaft zu Berlin. — 7) Revue französischer und ausländischer Arbeiten. — 8) **Eustache**, 13mal Querlage bei derselben Frau. — 9) **La Torre**, Kompression der Aorta. — 10) **Chopard**, Schwangerschaftsnephritis. — 11) Porro'sche Operation. — 12) **Nitot**, Neues Speculum.

I. Die Schultze'schen Schwingungen bei Verletzungen des Kindes.

Von

Dr. Leopold Meyer in Kopenhagen.

Beim Durchlesen des von Herrn Dr. Heydrich beobachteten Falles von Läsion der Lunge, durch das Bruchende des Schlüsselbeines verursacht (siehe dieses Blatt 1890 No. 7, p. 109), dachte ich von Neuem an Etwas, was mir öfters, besonders während meiner Assistentenzeit an der Gebäranstalt, aufgefallen war, nämlich an die Schädlichkeit der Schultze'schen Schwingungen, wenn sich eine Verletzung des Kindes, besonders ein Bruch des Schlüssel- oder Oberarmbeines vorfindet. Z. B. im soeben erwähnten Falle scheint es mir ein naheliegender, nicht leicht abweisbarer Gedanke, dass die Schwingungen an der Läsion der Lunge schuldig sind. Bei den S.-schen Schwingungen ist es ja fast unmöglich, die Bruchenden in Ruhe zu halten, was doch sonst bei der Behandlung einer Fraktur als die erste Pflicht angesehen wird. Die Umgebungen der Bruchenden (Muskeln etc.) werden durch die Schwingungen mehr oder weniger verletzt. Ich unterschätze gar nicht die große Bedeutung der S.'schen Schwingungen, glaube aber, dass ich recht und

vernünftig handle, wenn ich lieber dann die anderen Methoden zur Wiederbelebung der asphyktischen Neugeborenen versuche (besonders Katheterismus laryngis mit Lufteinblasen und Kompression des Brustkorbes im warmen Bade), wenn sich eine Verletzung des Kindes findet. Desshalb suche ich auch schnell vor den Wiederbelebungsversuchen nach solchen Verletzungen (besonders Bruch des Schlüsselbeines, des Oberarmes, des Schenkels oder des Unterschenkels) in Fällen, wo diese erfahrungsgemäß sich am häufigsten vorfinden (Beckenendlage, Extraktion an den Füßen).

II. Sterilisationstopf für das Operationszimmer, nebst einigen Bemerkungen zur Desinfektion in der Klinik.

Von

Heinrich Fritsch.

Wer die Litteratur der letzten Jahre verfolgt, wird bemerkt haben, dass sich überall langsam der Übergang von der Antisepsis zur Asepsis vollzieht. Über die Entwicklung und Bedeutung dieses Überganges verweise ich auf Barth's Aufsatz (Deutsche med. Wochenschrift No. 7).

Ich will an dieser Stelle nur meinen Apparat beschreiben, um ihn den Fachgenossen zu empfehlen.

Wenn man das Princip hat, bei Laparotomien statt der Karbollösungen zum Auswaschen der Schwämme sterilisirtes Wasser zu gebrauchen, so muss eine größere Menge bis zu 50 Liter vorhanden sein.

Wie soll man sich dies Wasser verschaffen? Käufliches Aqua destillata ist bekanntlich nicht bakterienfrei. Das Wasser aus der Küche herbeizutragen, empfiehlt sich nicht. Wer leistet dafür Gewähr, dass das Wasser nicht unterwegs verunreinigt wird? Eine Karbollösung braucht man nicht so gut zu überwachen. Ist man aber nicht völlig sicher, dass das sterilisirte Wasser bis zum Gebrauch bez. während der Abkühlung steril bleibt, so ist natürlich solches Wasser höchst gefährlich.

Bis das Wasser aus dem Kochtopf in das Gefäß für Schwämme gelangt, sind eine Unzahl Fehler möglich. Desshalb halte ich es für unerlässlich, dass das sterilisirte Wasser vor den Augen des Operateurs, in einem gut übersichtlichen Apparate im Operationszimmer selbst bereitet wird.

Der Topf, welchen ich zu diesem Zwecke gebrauche, ist folgendermaßen konstruirt: Der Kupferkessel hat 30 oder 60 Liter Inhalt. Wer viel operirt, wird am besten 2 Kessel haben, für voraussichtlich glatte Operationen den kleinen, für komplicirte oder mehrere Operationen nach einander einen großen Kessel. Der Kessel ist durchbohrt, Fig. 2 *ef*, damit sich das Wasser schneller erhitzt. An der Seite befindet sich ein zu reinigendes dickes Wasserstandrohr. Unten ist der Hahn angebracht. Der Deckel, Fig. 1, liegt in einem Falze fest, der Falz wird mit Karbollösung gefüllt. Im Deckel sind 3 Löcher angebracht.

Bei *c* ist ein Thermometer eingesteckt. Aus den anderen Löchern ragen die Enden (*a* und *b*) einer Kühlschlange heraus.

Der Topf steht auf einem eisernen, leicht beweglichen Dreifuß, an dem ein System von Bunsenbrennern befestigt ist. Der Topf ist also in der Nähe des Operationstisches aufzustellen und kann in jedem Raume benutzt werden, wo Gas- und Wasserleitung vorhanden ist.

c

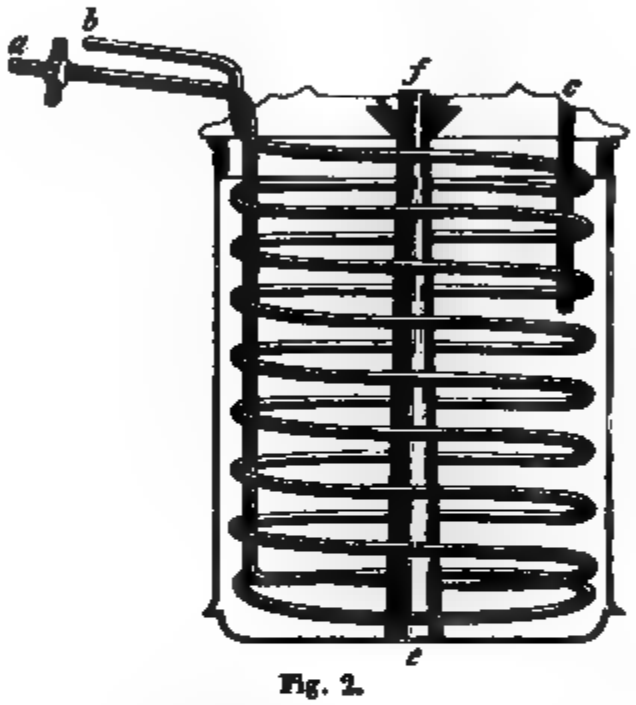


Fig. 2.

a Zuflussrohr des kalten Wassers.
b Abflussrohr desselben.
c Thermometer.
e–f centrales Heizrohr des Kessels.
d Gasrohre.

Fig. 1.

Das Verfahren bei der Laparotomie ist nun folgendes: Wenn die Laparotomie vorbereitet wird, ca. $^3/_4$ Stunde vor Beginn der Operation, wird der Topf mit möglichst heißem Wasser gefüllt, um nicht zu viel Gas beim Kochen zu verbrauchen. Bei kaltem Wasser im Topf dauert es natürlich viel länger, bis das Wasser kocht.

Dann wird der Deckel aufgesetzt und das Gas angezündet. An den Enden der Kühlschlange werden 2 Gummischläuche befestigt,

deren einer mit dem Kaltwasserhahn verbunden, deren anderer in einen Ausguss gelegt wird.

Während der nächsten Zeit werden Schwämme, Watte, Binden, Handtücher und Instrumente in dem kleinen Thursfield'schen Sterilisationsapparat im Wasserdampf sterilisirt. Die Schwämme vertragen diese Sterilisationsmethode. Bis das Wasser kocht und 20 Minuten lang das Thermometer in der Abströmungsöffnung 100° zeigt, vergeht eine halbe Stunde.

In dieser Zeit kommt das Wasser im Sterilisationstopf ins Kochen. Es muss 10 Minuten kochen. Diese Zeit genügt zur Tödtung der für den Chirurgen in Frage kommenden bez. der für die Wunden gefährlichen Kokken. Zeigt das Thermometer 10 Minuten lang 100°, so wird in jedes Porzellangefäß, das bei der Operation in Anwendung kommt, ca. $^1/_3$ Liter Sublimatlösung (1 : 1000) gegossen. Mit schon desinficirten Händen und einem von Sublimatlösung nassen Handtuche werden alle Gefäße ausgewischt. Auch der Hahn am Topf wird abgerieben und abgewaschen; während der ganzen Operation bleibt er in nasse Sublimatgaze eingehüllt.

Nunmehr wird der Thursfield'sche Apparat geöffnet, alle Gegenstände werden herausgenommen und an ihren Ort gelegt: Tücher und Schwämme in sterilisirtes Wasser, die Instrumente vorläufig noch in 3%ige Karbollösung.

Der Leib wird nach wie vor mit Desinficientien desinficirt, geseift und rasirt. Vom ersten Schnitt an aber fallen alle Desinficientien fort. Jetzt werden die Schwämme und Hände nur in sterilisirtem Wasser gereinigt. Auch die den Darm bedeckenden Tücher liegen nur in sterilisirtem Wasser.

Gern möchte ich den Apparat so konstruiren, dass das Schöpfgefäß wegfiele und das Wasser direkt in die Eimer und Becken zu leiten wäre; allein dadurch würden andere Übelstände entstehen und man würde vor Allem die so wichtige Einfachheit des Verfahrens gefährden.

Ich bemerke noch, dass heißes Wasser in meinem Topfe in circa 30 Minuten kocht und dass kochendes sich in 6 Minuten zu einer Wärme von 38° abkühlt Wird das Wasser Abends vorher gekocht, so hat es bis früh sich ungefähr bis auf 35° abgekühlt, so dass es sofort verwendet werden kann. Ja es wäre nach modernen Anschauungen selbst ungefährlich. dies Wasser offen stehen zu lassen, da aus der Luft gefährliche Keime nicht hineingelangen. So kann man bei mehreren Laparotomien sich eine Partie Wasser Abends kochen, die andere früh vor der Operation.

Gewiss ist diese Methode, sich sterilisirtes Wasser zu verschaffen, die einfachste, billigste und sicherste.

Ich möchte hier eine kurze Bemerkung anschließen. Man ist heut zu Tage über das Princip der Desinfektion überall einig. Aber die praktische Ausführung ist durch Mancherlei erschwert. Fehler werden überall leicht gemacht, da der Arzt selbst die Desinfektion

nicht in allen ihren Theilen überwachen kann. So ist namentlich ein großer Fehler der, dass die Desinfektionsapparate nicht sofort zur Hand in unmittelbarer Nähe sind. Beim Herumschleppen der zu desinficirenden Gegenstände können Infektionskeime überall hin verbreitet werden.

Die große Verantwortung, welche ich als Leiter einer höchst unhygienischen Klinik habe, nöthigte mich zu Vorsichtsmaßregeln, die anderwärts für überflüssig erscheinen dürften. Zu diesen Vorsichtsmaßregeln rechne ich vor Allem die sofortige, schnelle Desinfektion.

Ich besitze einen mit Gas zu heizenden Thursfield'schen Desinfektionsapparat für ein Bett (ohne Bettstelle), der wegen Raummangel auf einem Treppenabsatz aufgestellt ist. Sobald eine Wöchnerin im Verdacht des Puerperalfiebers steht, wird sie auf die gynäkologische Abtheilung mit einer eigenen Wärterin in ein Isolirzimmer gelegt. Ihr Anzug, ihre Bettstücke, Alles, was sie berührte, wird sofort in dem Desinfektionsapparate desinficirt.

Diese schnelle Desinfektion, bei der das Herumschleppen und Herumliegen der beschmutzten Sachen völlig vermieden wird, halte ich für sehr wichtig.

Wer steht dafür, dass nicht gerade die inficirten Gegenstände mit den Händen anderer Wärterinnen in indirekte Berührung kommen. Ist etwas unrein, so muss es sofort, unverzüglich desinficirt und nicht etwa stundenlang aufbewahrt werden.

Desshalb sind diese kleinen Desinfektionsapparate für ein Bett, die für ca. 200 Mark zu haben und an jedem Orte und in jedem Zimmer aufgestellt werden können, für Krankenhäuser sehr wichtig.

Der oben erwähnte Apparat zur Sterilisirung der Instrumente, Verbandgegenstände etc. kostet ungefähr 45 Mark und genügt zu diesem Zwecke vollkommen.

III. Kanüle zur lokalen Behandlung der weiblichen Harnröhre.

Von

Heinrich Fritsch.

Muss man wegen Urethritis oder Fissuren die Harnröhre behandeln, so ist es nicht leicht, dies schmerzlos zu machen. Die Stifte (Jodoform oder Cocainbacillen) gleiten leicht heraus. Das Einführen eines in das Medikament getauchten gewöhnlichen Haarpinsels ist unpraktisch. Theils ist es, da er sich nicht biegt, schmerzhaft, theils wird die Flüssigkeit schon im unteren Theil der Harnröhre ausgedrückt. Das Einführen eines umwickelten Uterusstäbchens ist ebenfalls schmerzhaft. Alle Verfahren leiden außerdem an dem Übelstande, dass das Medikament nicht sicher mit der ganzen Schleimhaut in Berührung kommt.

Ich benutze desshalb eine kleine Kanüle, welche an jeder Pra-

vaz'schen Spritze anzustecken ist. Sie ist sehr dünn. Bei Fissura oder Urethritis muss man überhaupt, will man schmerzlos katheterisiren, ganz dünne Nummern anwenden. Die Kanüle hat eine Anzahl kleiner Löcher.

Man saugt nun Höllensteinlösung — vielleicht 1:20 oder 1:30 — ein, schiebt die Kanüle in die Harnröhre, bis man an Abnahme des Widerstandes merkt, dass der Knopf in die Blase ragt. Dann zieht man etwas zurück und spritzt die Lösung aus.

Namentlich bei dem Tenesmus vesicae alter Frauen, deren Harnröhre oft unendlich empfindlich ist, empfehle ich diese Methode, d. h. die Einspritzung von Cocainlösung 1:20. Oft nützt eine solche Cocainisirung für Tage. Es giebt Harnröhren, die so leicht bluten, dass bei jedem Verfahren der Applikation von Medikamenten Blut abgeht. In diesen Fällen wird man nach 5—6maliger Applikation von Tanninlösungen 1:20, abwechselnd mit Cocainisirung, sehr gute Erfolge erhalten.

Die Figur zeigt die aus Celluloid (wegen der Argentum- und Liquor ferri-Lösungen) gefertigte Kanüle. Sie ist bei Härtel, Breslau, zu haben.

---

1) **Tilanus** (Amsterdam). Neuere Untersuchungen über die antiseptische Wirkung des Jodoforms.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 32 und 33.)

T. bespricht zunächst außer den oben referirten noch weitere Arbeiten über das Jodoform von Schnirer, Baumgarten und Kunze u. A., welche die Resultate obiger Autoren im Ganzen bestätigen. So hatten Baumgarten und Kunze das gleiche Verhalten des Jodoforms wie zu Milzbrand auch für den Bacillus der Kaninchenseptikämie gefunden. Auch de Ruyter kam mittels Kulturen zu den gleichen Resultaten. Letzterer spritzte indessen Versuchsthieren Ptomaine ein, welche Brieger aus Eiterkokkenkulturen isolirt hatte und fand, dass die Thiere bei Jodoformzusatz nicht zu Grunde gingen, bei einer Menge, wo die reinen Ptomaine die Thiere tödteten. Er schließt daraus, dass das Jodoform die Ptomaine zersetzt. Das Gleiche sollte folgender Versuch beweisen. In Gemenge von Jodoform und Serum wurden Dialysatoren aufgehängt und ein Theil derselben mit Staphylococcus pyogenes aureus inficirt, der andere nicht. Im Dialysator der ersten Reihe auftretende Jodverbindungen, durch Untersalpetersäure nachgewiesen, führten de Ruyter zu dem Schlusse, dass die sich bildenden Ptomaine das Jodoform zerlegt hätten.

Bei nicht inficirtem Jodoformserum fehlten die Jodverbindungen im Serum.

Auch mit Eiter und Jodoform erhielt er Jodverbindungen im Dialysator.

T. spricht diesen Versuchen größere Beweiskraft ab für die Wirksamkeit des Mittels im Hinblick auf die Thatsache, dass dessen Gegenwart das Wachsthum und die Virulenz der Eiterkokken nicht vermindere. Dennoch ist Jodoform ein kräftiges Antimycoticum, wenn auch nur für eine Anzahl von Keimen. Die Experimente von Buchner und Bitter über Choleravibrio und Vibrio Finkler-Prior wurden von T. öfter wiederholt mit immer dem gleichen Erfolg, nur mit dem Unterschiede, dass die Keime auf Platten nachträglich nicht mehr zur Entwicklung gelangten, wenn sie dem Einflusse der Jodoformdämpfe entzogen waren, vielleicht weil dieselben länger als bei Buchner (8 Tage) eingewirkt hatten.

Der wichtigste Theil der neuen Arbeit sind jedoch die positiven Resultate, welche T. ausnahmslos hinsichtlich der Einwirkung des Jodoforms auf Tuberkelbacillen erhielt und welche die günstigen Ergebnisse der Untersuchung von Bruns und Nauwerk, wie die günstige Meinung von Verneuil, Chantemesse, v. Stockum u. A. vollauf bestätigen. Sogar auf Roux's Gelose, Glycerin-Pferdefleischbouillon-Agar, auf welcher, wie die Kontrollversuche ergaben, die Tuberkelbacillen sehr üppig wachsen, wuchs nichts bei Gegenwart von Jodoform, gleichgültig ob dasselbe im Nährboden suspendirt war oder ob nach Buchner's Versuchsanordnung nur die Dämpfe des Mittels darauf einwirkten.

Auch wo die Kulturen schon in lebhafter Entwicklung sich befanden, wurde erreicht, dass dieselben, allerdings erst nach 1 Monat langer Einwirkung der Jodoformdämpfe, steril blieben. Vielleicht ist die Anwendung von Dämpfen bei Lungentuberkulose von Nutzen.

Jodoform ist also ein Antimycoticum, welches in minimalsten Mengen die Vermehrung einiger bestimmter Mikroorganismen hemmt, ungewiss, ob es sie zu tödten vermag. **Ziegenspeck** (München).

---

2) **H. Buchner.** Über die Einwirkung der Jodoformdämpfe auf den Choleravibrio.

(Münchener med. Wochenschrift 1887. No. 25.)

B. beobachtete, dass das Wachsthum der Cholerakulturen auf Platten aufhörte, wenn Jodoform unter der Glasglocke aufgestellt war. Wurde das Jodoform entfernt, so trat das Wachsthum wieder ein; die Keime waren also nicht getödtet. Im Reagircylinder mit 10 ccm Fleischpepton-Gelatine, welche mit Choleravibrionen gleichmäßig vermischt war, wurden nun kleine Hohlgefäße mit Jodoformpulver aufgehängt und die Röhrchen mit Watte verschlossen. Es zeigte sich nun bald in der Gelatine eine zwischen 4 und 10 mm variirende klar bleibende Zone an der Oberfläche, um so größer, je tiefer das Jodoformgefäß im Cylinder hing, während die übrige Gelatine von zahllosen Cholerakulturen getrübt war. Wurde das Jodoform entfernt, so entwickelten sich noch nachträglich Kulturen in der klaren Zone.

Dass nicht Jod, sondern unzersetztes Jodoform diese Wirkung ausübte, wurde dadurch erwiesen, dass in das Röhrchen eingebrachtes freies Jod keinerlei Einwirkung auf den Choleravibrio ausübte. Das so ersichtliche tiefe Eindringen der Jodoformdämpfe macht die von Baumgarten, Marchand und v. Bruns erhaltenen Resultate über die Wirkung desselben verständlicher, nach welchen in den Geweben Gewebszellenproliferation hintangehalten, Riesenzellenbildung verhindert, Auswanderung von Wanderzellen befördert wird.

Jodoform ist ein »indirektes Antisepticum«, wie sicher auch das Chinin. Es macht die Gewebe widerstandsfähiger gegen die Keime, ohne diese, mit wenigen Ausnahmen, zu tödten.

Ziegenspeck (München).

---

3) **Graefe.** Zur Uterustamponade mit Jodoformgaze bei atonischen Post-partum-Blutungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 41.)

4) **Dührssen.** Über die Uterustamponade bei atonischen Post-partum-Blutungen.

(Ibid. No. 44.)

G. hält die von Dührssen und anderen Autoren veröffentlichten Fälle von Jodoformgazetamponade bei Uterusatonie, mit einziger Ausnahme eines von Kortüm mitgetheilten Falles, nicht für völlig einwandfrei, da bei denselben das Vorhandensein einer schweren Atonie nicht erwiesen sei; denn eine solche lasse sich erst ex juvantibus beurtheilen, es seien jedoch in all' jenen Fällen nicht vor Ausführung der Tamponade alle sonstigen gegen Atonie gebräuchlichen Mittel, insbesondere bei den D.'schen Fällen nur heiße Irrigationen versucht worden. Ein Fall von Fritsch beweise die Hinfälligkeit der D.'schen Behauptung, dass, wer seinen Vorschlag befolge, nie eine Frau an Atonie verlieren werde. (Letzterer Fall wird jedoch durch eine während des Druckes der G.'schen Arbeit aus der Breslauer Frauenklinik erschienene Mittheilung Born's [Centralbl. f. Gynäk. 1889 No. 25] als ein nicht gänzlich einwurfsfreier Beweis zurückgenommen. Ref.) G. führt einen Fall seiner Praxis gegen D. ins Treffen, bei welchem er nach einer protrahirten Entbindung nach vergeblicher Anwendung aller anderen Mittel zur Tamponade griff (der Uterus wurde allein tamponirt); nach 10 Minuten zeigte sich erneute Blutung, der Tampon war durch Wehen in die Vagina gedrängt worden. G. reponirte ihn und stopfte letztere mit Watte fest aus, worauf die Blutung stand, unter stundenlanger Kontrolle des Uterus mit der Hand. G. kommt zu dem Schluss, dass die D.'sche Methode den bisher gebräuchlichen Mitteln nicht nachstehe, sondern sie zuweilen noch übertreffe; ob sie jedoch bei absoluter Atonie genüge, sei höchst fraglich; das Verlassen der Wöchnerin unmittelbar nach der Tamponade sehr riskant, da die Blutung wiederkehren könne.

Dem entgegen hält D. G. vor, dass er in seinem Falle die Tamponade nicht streng nach der von ihm (D.) angegebenen Weise ausgeführt, indem er erstens überhaupt zu wenig Gaze in die Uterushöhle gestopft und außerdem die Vagina gar nicht tamponirt habe. Die Geburt des Uterustampons in die Scheide beweise gerade die hervorragende wehenerregende Wirkung der Tamponade; die zweite von diesem Verfahren zu erwartende Wirkung, nämlich diejenige durch Kompression, konnte in G.'s Fall gar nicht zur Geltung kommen, da zu wenig Gaze eingeführt worden war; gerade in Fällen absoluter Atonie ist die Kompression der alleinige wirksame Faktor. Die von G. aufgeworfene Frage, ob es sich in den von D. mitgetheilten Fällen wirklich um absolute Atonie gehandelt habe, möchte D. substituiren durch die Frage: Ist die Uterustamponade das sicherste aller Blutstillungsmittel oder nicht? Seine Statistik hat die Frage bejaht. D. räumt die Möglichkeit späterhin sich zeigender Misserfolge ein, verwahrt sich aber dagegen, dass solche seiner Methode zur Last gelegt werden, wenn die Tamponade nicht in der von ihm angegebenen Weise und zur richtigen Zeit ausgeführt wurde; seine Behauptung, dass der Arzt sich entfernen kann, falls der Uterus nach der Tamponade sich gut kontrahirt, hält er voll und ganz aufrecht.

F. Spaeth (Hamburg).

---

5) **A. Dührssen.** Über die Behandlung der Blutungen post partum.

(Sammlung klin. Vorträge No. 347.)

D. empfiehlt in dieser sehr eingehenden Arbeit aufs Neue die Tamponade des Uterus bezw. des ganzen Genitalkanales und reservirt dieselbe in erster Linie für die nach Beendigung der dritten Geburtsperiode auftretenden Atonien, will seine Methode jedoch auch bei anderen Blutungen post partum verwendet wissen, insbesondere bei Cervixrissen; für beide Arten der Blutung hält er die Tamponade für das am schnellsten ausführbare, ungefährlichste und sicherste Mittel. In historischem Rückblick gelang es ihm, den kurerzkanzlerischen Physikus Wendelstädt zu Wetzlar (1806) als den Urheber dieses Heilverfahrens zu entdecken.

In 79 Fällen wurde die Tamponade bisher von D. und anderen Frauenärzten ausgeführt; 65 Fälle hat D. zum Schlusse seiner Arbeit statistisch zusammengestellt. Was bei Betrachtung der Tabelle vor Allem für das Verfahren spricht, sind die thatsächlichen Erfolge. Sie allein schon würden genügen, um mannigfache gegen die Methode erhobene Einwände, wie denjenigen, dass die Tamponade die Kontraktionen des Uterus verhindere, zu widerlegen. In der That konnten alle Beobachter konstatiren, dass die Uterusmuskulatur sich nach der Ausstopfung zusammenzog und, was das Wichtigste dabei, dass sie, nicht wie dies nach anderen Mitteln so oft der Fall, wieder völlig erschlaffte, sondern in dem Zustande der Retraktion verharrte. Die Tamponade wirkt sowohl durch Kontraktion bezw. Retraktion,

wie durch Kompression und trifft gleichmäßig alle Partien der Uteruswandung, also auch die Placentarstelle — ein großer Vortheil gegenüber der manuellen Kompression etc. Bei denjenigen Fällen, welche trotz Tamponade starben, lag die Ursache daran, dass dieses Verfahren erst zu spät zur Anwendung kam, nachdem alle anderen Mittel (heiße und kalte Irrigationen, Ergotin etc.) schon durchprobirt worden und die Frauen in extremis lagen. Im Gegensatz zum glattwandigen Kolpeurynter ist die gekräuselte Gaze viel mehr befähigt, Uteruskontraktionen zu erregen.

Tamponade des Uterus trägt, da Blutungen aus dem unteren Segment durch Uteruskontraktionen verringert werden, indirekt auch zur Stillung solcher Hämorrhagien bei; sind tiefe Cervixrisse da, so gewinnt man durch die Tamponade Zeit zur Vorbereitung der Naht. Die Tamponade stellt an den, vielleicht zuweilen etwas aufgeregten Praktiker bezüglich der Diagnose des Sitzes der Blutung keine Ansprüche; desshalb ist sie in zweifelhaften Fällen immer vorzunehmen. Blutungen aus Scheiden- und Dammrissen werden nach Ausführung derselben um so leichter entdeckt.

Das zur Tamponade zu verwendende Material muss aseptisch sein (nöthigenfalls lässt sich dieses improvisiren, indem man beliebige Leinwandstücke 5 Minuten in kochendem Wasser hält); im Allgemeinen ist hydrophile Gaze geeigneter, weil sie besser aufsaugt, ohne die Flüssigkeit leicht wieder abzugeben. Nach der Uterustamponade möge man die Scheide fest mit Watte ausstopfen.

Tamponade ist auch bei schon inficirten Wöchnerinnen zu empfehlen; der Tampon kann als Träger desinficirenden Materials (Jodoform!) benutzt werden, dadurch wird die schon eingetretene Zersetzung gehemmt und ein allfällig vorhandener Cervixriss vor Infektion geschützt.

Der Gefahr, bei Ausführung der Tamponade Keime aus der Vagina in den Uterus zu bringen (Selbstinfektion), lässt sich durch vorherige gründliche Reinigung der Scheide vorbeugen. Wie jede geburtshilfliche Operation verlangt auch die Tamponade vom Arzte peinliche Asepsis.

Die Technik des Verfahrens ist sehr einfach. D. führt sterilisirte oder Jodoformgaze in einer Blechbüchse mit sich und bringt sie nach vorheriger heißer Irrigation direkt, ohne sie mit den Händen zu berühren, mit Hilfe einer Pincette oder Kornzange durch den mit Kugelzangen herabgezogenen Muttermund in die Gebärmutterhöhle; die Scheide füllt er alsdann mit Gaze oder besser mit einem weniger durchlässigen Material, wie Watte aus. — Narkose ist bei der leicht ausführbaren Procedur gewöhnlich überflüssig. Infektion ist bei genauer Befolgung dieser Vorschriften ausgeschlossen.

D. tritt vermöge der genannten Vorzüge seiner Methode für die prophylaktische Tamponade ein, um die Blutungen in statu nascendi zu unterdrücken, d. h. zeigt sich nach Ausstoßung der Placenta irgend welche wesentliche Blutung, so soll sofort tamponirt werden.

Seine Statistik weist nach, dass die Tamponade in allen Fällen die Blutung sofort gestillt hat und dass nur in einem einzigen Falle in Folge eines groben Versehens der Tod durch Sepsis herbeigeführt wurde; Todesfälle durch Verblutung nur dann, wenn die Tamponade erst in extremis zur Anwendung gelangte.

D. empfiehlt ferner, beim konservativen Kaiserschnitt den Uterus von der Bauchhöhle aus zu tamponiren und die Gaze nach der Scheide durchzuleiten, um jeglicher atonischen Blutung zuvorzukommen. Endlich hat sich die Tamponade auch bei Uterusruptur segensreich erwiesen, wenn bei derselben nicht nur der ganze Genitaltract, sondern auch durch den Riss der benachbarte Theil der Beckenhöhle ausgestopft wurde. Die Gaze stillt die Blutung, drainirt und hindert Zersetzungen. **F. Spaeth** (Hamburg).

Kasuistik.

6) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 24. Januar 1890.

Vorsitzender: Herr Jaquet; Schriftführer: A. Martin.

Der Vorsitzende widmet dem jüngst verstorbenen Mitgliede der Gesellschaft, Herrn C. Hofmeier, als einem der ältesten und thätigsten Theilnehmer an den Arbeiten der Gesellschaft, Worte warmer Anerkennung und treuer Erinnerung. Die Gesellschaft ehrt sein Andenken durch Erheben von den Sitzen.

I. Demonstration von Präparaten.

1) Herr Lewy legt eine federnde Kugelzange mit umlegbaren Griffen vor zur intra-uterinen Behandlung im kurzen Speculum. Solche kurze Specula werden ebenfalls demonstrirt; sie sind aus Celluloid von einem Brüsseler Fabrikanten hergestellt, bei Instrumentenmacher Lewy hier, Dorotheenstr. 92, käuflich.

2) Herr Saurenhaus demonstrirt 3 Tumoren, welche von Geheimrath Olshausen durch die Laparotomie entfernt worden sind.

Die Trägerin des ersten Tumors war 48 Jahre alt und hatte 14mal geboren. Seit 1 Jahre Menopause. Pat. bemerkte seit 4 Jahren einen Tumor im Leibe, der allmählich gewachsen war. In der letzten Zeit hatten die Kräfte der Kranken sehr abgenommen, und sie war stark abgemagert, es bestanden hochgradige Ödeme beider Beine und heftige Urinbeschwerden.

Der Leibesumfang in Nabelhöhe betrug 114 cm. Der Abdominaltumor fühlte sich ziemlich weich an, hatte aber an seiner Oberfläche eine Menge kleiner harter Prominenzen aufzuweisen.

Bei der inneren Untersuchung fühlte man an der vorderen Wand der Vagina einen über apfelgroßen Tumor von ziemlich derber Konsistenz, dessen Oberfläche vollkommen glatt und mit einem feinen Gefäßnetzé überzogen war. Die Portio vaginalis war auch in Narkose nicht zu fühlen. Am 20. Januar wurde die Myomotomie gemacht. Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleerten sich circa 2 Liter eines gelben klaren Ascites. Der Tumor wird hervorgewälzt. Die mit dem Tumor verwachsene Blase geht bis zur Mitte der Verbindungslinie zwischen Nabel und Symphyse. Rechts und hinten liegt der vergrößerte Uterus. Zunächst wird die Blase abpräparirt, dieselbe reißt bei der stumpfen Ablösung an ihrer hinteren Wand unterhalb des Vertex zweimal ein; die Wandungen sind außerordentlich dünn und brüchig. Nach Durchtrennung der Brücke zwischen den beiden Löchern wird der Defekt mit fortlaufender Katgutnaht vereinigt.

Nach doppelter Unterbindung und Durchschneidung der Ligamenta infundibulo-pelvica, so wie der beiderseitigen Anhänge wird hinten das Peritoneum hoch abgetrennt und das Myom ausgelöst.

Eine Gummischnur wird um den Cervix gelegt und das Myom abgetragen. Der Cervix wird trichterförmig ausgeschnitten und mit 2 über einander liegenden Reihen von Katgutknopfnähten genäht, die Gummiligatur wird mit versenkt und darüber mit Seidenknopfnähten das Peritoneum vereinigt. Dauer der Operation $^5/_4$ Stunden.

Interessant war in diesem Falle das Durchwachsen des Myoms nach der Scheide zu. Das Gewicht des ausgebluteten Tumors betrug 21 Pfund. Anatomische Diagnose: Myosarkom.

In dem zweiten Falle handelte es sich um eine 50jährige Frau, welche 11mal geboren hatte; die Menses waren noch regelmäßig. Seit 6 Jahren bemerkte Pat. einen langsam wachsenden Tumor im Leibe und gerade so lange hat sie ununterbrochene Milchsekretion aus beiden Brüsten.

Der Leibesumfang in Nabelhöhe betrug 119 cm, der Tumor reichte rechts bis an den Rippenbogen, links blieb er noch 3 Querfinger von demselben entfernt. Sonde 15 cm.

Am 24. Januar Myomotomie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird der Tumor hervorgeholt. Zu beiden Seiten finden sich einige Esslöffel voll klaren Ascites. Vorn am Tumor liegt die Blase, welche schwer abzugrenzen, und deren Vertex erst nach Einführung eines Katheters zu erkennen ist. Hinten sitzen Coecum und Processus vermiformis dem Tumor an. Die beiderseitigen Anhänge, so wie die Ligamenta infundibulo-pelvica werden doppelt unterbunden und durchtrennt, das Peritoneum wird ringsum möglichst hoch abgelöst und das Myom größtentheils stumpf ausgeschält.

Bei der stumpfen Ablösung der Blase, deren Wandungen außerordentlich dünn sind, reißt dieselbe in großer Ausdehnung circa 7 cm ein; der Riss wird mit fortlaufender Katgutnaht genäht. Nach Umlegung des Schlauches wird amputirt, die Uterina beiderseits durch Umstechungen mit Seide gesichert und nun der ausgeschnittene Cervixtrichter, darüber die Muskulatur, mit Katgutknopfnähten vereinigt. Nach Entfernung der Gummiligatur wird noch mit fortlaufender Katgutnaht das Peritoneum über den Stumpf gezogen. Dauer der Operation $1^3/_4$ Stunde. Der Tumor wog ausgeblutet 31 Pfund.

Nach der Operation wurde der Puls der Pat., welche schon vorher elend war, trotz Analeptica immer schlechter, per vaginam ging Blut ab, und es fand sich bei der kombinirten Untersuchung ein Hämatom. Unter den Vorbereitungen zur wiederholten Laparotomie starb Pat.

Der dritte Tumor stammt von einer 42jährigen Frau, welche seit einem Jahre die Geschwulst bemerkte, wegen entzündlicher Processe im Abdomen hatte sie 2 Monate das Bett hüten müssen. Die Ausdehnung des Leibes entsprach dem 8. Monat der Gravidität.

Am 21. Januar Laparotomie. Großer Bauchschnitt. Der Tumor, von Peritoneum überzogen, stellt sich ein, links von der Mittellinie ein Stück Colon ascendens. Der Uterus und die Verbindung des Tumors mit den Nachbarorganen sind vorläufig nicht zu erkennen.

Nach Spaltung des Peritoneums stellt sich jetzt der Tumor als ein großes Lipom heraus. Das Colon ascendens wird mit dem Peritoneum zurückgeschoben und der Tumor durch allmähliche Enukleation aus seinem peritonealen Bette ausgeschält.

Links und hinten wird die rechte Niere sichtbar und weiter nach oben ein Gebilde, welches als die Nebenniere angesprochen wurde. Der Tumor geht von der Capsula adiposa der rechten Niere aus. Der rechte Ureter kommt nicht zu Gesicht. Nach unten und links lässt sich der Tumor am leichtesten ausschälen; einzelne zu der rechten Niere und deren Umgebung ziehende Gefäße werden unterbunden, die Niere mit exstirpirt. Die Vena cava inf. ist stark nach links gedrängt und liegt ca. 10 cm frei. Nach rechts und oben sitzt das Lipom am festesten und lässt sich nicht vollständig aus dem retroperitonealen Fett, in welches es allmählich übergeht, auslösen. Das große Bett, aus welchem der Tumor ausgeschält ist, bleibt offen. Dauer der Operation ca. $1^1/_4$ Stunde. Gewicht des Tumors $13^1/_2$ Pfund.

Die Urinmenge betrug am ersten Tage 180 ccm, am zweiten 220 ccm, am dritten 650 ccm.

3) Herr Odebrecht demonstrirt a) ein primäres Scheidencarcinom von einem Mädchen von 28 Jahren, welches erst seit 4 Wochen über blutigen Ausfluss klagte, übrigens einmal geboren hatte. An der hinteren Scheidenwand, ungefähr im mittleren Drittel, saß ein flacher Tumor von der Breite der Scheide und 5 cm Längenausdehnung, ca. 1—1,5 cm hoch. Portio vag. und hinteres Scheidengewölbe ganz intakt. Bei der Operation ließ sich der Tumor vom Rectum unschwer stumpf abtrennen, doch wurde dieselbe dadurch sehr erschwert, dass die Neubildung bis in die unbeweglichen Seitentheile der Vagina reichte und daher nicht herabgezogen werden konnte. Aus diesem Grunde musste unten angefangen werden und nach oben hin im Dunkeln unter Leitung des Fingers operirt werden. Vereinigung der Seitenränder unmöglich; wegen starker Flächenblutung feste Tamponade der sehr großen Höhle. Bei Besichtigung des Präparates ergab sich, dass oben rechts, wo im Dunkeln operirt war, ein vielleicht bohnengroßes Stück der Neubildung zurückgeblieben war. Nach einer Woche gelang es, dasselbe noch zu entfernen. Rekonvalescenz ungestört.

b) Eine Fasergeschwulst aus der Gegend der rechten großen Schamlippe einer 40jährigen Frau. Dieselbe war im Verlaufe von 10 Monaten entstanden und machte keine Beschwerden als durch ihre Größe. Sie wölbte die Schamlippe wie eine Halbkugel vor, ragte über den Scheideneingang bis zur linken Seite, rechts bis zum Oberschenkel, oben bis zur Clitoris und hinten bis über den Anus hinaus. In der Vagina konnte der Finger sie bis über die Mitte derselben verfolgen. Sie bot deutliche Fluktuation, aber keine entzündlichen Erscheinungen. Nach bestimmter Angabe der Pat. war die Geschwulst von der Stelle ausgegangen, wo die Bartholini'sche Drüse liegt, sie wurde daher für eine Cyste derselben gehalten. Nach Durchtrennung der äußeren Haut und einer derben Fascie konnte sie leicht ausgeschält werden. Beim Versuch, die große Höhle durch Etagennaht zu schließen, erfolgt profuse Blutung aus angestochenen Hämorrhoidalvenen, so dass der Versuch aufgegeben und die Höhle mit Jodoformgaze tamponirt wird.

Die Geschwulst war eine feste, aus Fasergewebe bestehend, von mehr als Faustgröße. An der Seite, die nach außen vorgewölbt war, befand sich eine breite, sichelförmige Zone, welche erweicht war und so die Fluktuation vorgetäuscht hatte. Rekonvalescenz ungetrübt.

4) Herr Dr. Auvard-Paris (als Gast) demonstrirt einen dreiblättrigen Kraniokasten. Das Instrument bietet zunächst einen, gleichzeitig als Perforatorium dienenden Theil. Dann hat es für Nothfälle, in denen der Kopf sich nicht an den 2 üblichen Branchen extrahiren lässt, eine dritte, die zur Verkleinerung des perforirten nnd schon erfassten Schädeldaches dient. Das in vielfachen Experimenten erprobte Instrument hat auch schon in der Praxis sich bewährt.

Herr Dührssen glaubt, dass dieses Instrument sich besonders zur Verkleinerung des nachfolgenden Kopfes eigne.

II. Herr Benicke hält den angekündigten Vortrag: Vorfall der Harnröhrenschleimhaut bei jungen Mädchen.

Der Vortr. theilt drei Fälle dieses seltenen Leidens mit. Der erste betraf ein 11jähriges Mädchen mit ziemlich kleinem Vorfall, der durch Anwendung von Ferrum candens geheilt wurde.

Im 2. Fall bei einem 10jährigen kräftigen Mädchen bestand bei sehr erweiterter Harnröhre ein starker Vorfall der Schleimhaut. Hier brachte die Verengerung der Harnröhrenmündung durch eine Naht ohne voraufgehende Anfrischung Heilung.

Der 3. Fall bei einem ebenfalls 10jährigen Mädchen zeigte einen sehr beträchtlichen Vorfall der Schleimhaut, der sich nicht reponiren ließ. Hier musste die vorgefallene Schleimhaut mit dem Messer abgeschnitten und die Wundränder mit Katgut vereinigt werden. Auch hier erfolgte Heilung.

Das Hauptsymptom in allen drei Fällen waren die starken Blutungen. Harnbeschwerden waren nicht vorhanden. Ätiologisch war wenig festzustellen. Zum

Schluss bespricht der Vortr. kurz die Diagnose, Ätiologie, Symptome und Therapie dieses Leidens.

Herr C. Ruge hat Gelegenheit gehabt, einen den geschilderten analogen Fall von einem 7—8jährigen Mädchen zu untersuchen: es zeigte sich anscheinend dasselbe klinische Bild und Aussehen. Die einfach abgetragene Geschwulst bot histiologisch wesentlich das Bild von sehr stark ausgedehnten, dicht neben einander liegenden Gefäßen (Gefäßgeschwulst). — Nach dem Bilde, welches C. R. aus der histiologischen Untersuchung erhielt, möchte er statt von einem Vorfall der Harnröhrenschleimhaut von einer durch stark erweiterte Gefäße hervorgerufenen Anschwellung (Gefäßgeschwulst) sprechen. — Diese Tumoren, die in jedem Alter vorkommen können, sind von den sogenannten Fungositäten der Urethra zu trennen.

A. Martin hat den Vorfall der Harnröhrenschleimhaut bei so jungen Mädchen wie der Herr Vortr. nicht gesehen. Wohl hat er ihn in der von Herrn Benicke beschriebenen Gestalt bei älteren Personen beobachtet, doch häufiger mehr in der Form einer partiellen Hypertrophie. Diese war dann in der Regel durch Angiome bedingt.

Die Behandlung dieses Leidens durch Ätzungen hat nur vereinzelt gute Resultate ergeben. Dabei machte sich eben so wie bei der Excision der prolabirten Schleimhaut die bekanntlich sehr intensive Narbenretraktion in beschwerlicher Weise geltend. Bei der Abtragung des Wulstes wurde theils die cirkuläre Schnittführung gewählt, mit Vereinigung der Schnittränder durch Knopf- resp. in der letzten Zeit fortlaufende Nähte, theils eine keilförmige, nach der Art des Winckel- resp. Frank'schen Vorschlages.

Herr Veit hat zwar bei Kindern den von Herrn Benicke beschriebenen Zustand nicht beobachtet; durch die Bemerkung des Herrn Martin sieht er sich veranlasst, die von Schröder angegebene Art der Verlängerung der äußeren Harnröhrenöffnung nach vorn seinerseits als erfolgreich hinzustellen. Die erwähnten narbigen Verengerungen hat er nicht gesehen.

A. Martin hat gerade von der Art der Prothese nach Schröder keine besonderen Erfolge gesehen: ja, das wenigst befriedigende Resultat zeigte sich bei einer von Schröder selbst operirten Pat., bei der allerdings die Blase fast völlig zerstört war und noch anderweite Zerstörungen sich fanden.

III. Herr Dr. Ch. Boisleux-Paris (als Gast) hält den angekündigten Vortrag: Über bakteriologische Untersuchungen von Beckenabscessen, eitrigen Salpingitiden und Ovarialabscessen.

Vortr. hat in 42 Fällen, unter denen sich 33 eitrige Tubenerkrankungen, 7 Beckenabscesse und 2 tuberkulöse Peritonitiden befanden, im hiesigen hygienischen Institut eingehende bakteriologische Untersuchungen angestellt. Sämmtliche Fälle beziehen sich auf Präparate, welche von Herrn A. Martin durch die Laparotomie gewonnen und unter möglichstem Ausschluss von Verunreinigungen aufgefangen wurden. Von dem gewonnenen Material wurden theils subkutane, theils intraabdominale Injektionen bei verschiedenen Thieren vorgenommen, theils wurden erkrankte Gewebsstückchen subkutan inokulirt. — In Folge der Impfungen starben in 30 Fällen von eitriger Salpingitis die Thiere 11mal, in den 7 Fällen von Beckenabscessen 6mal und beide Mal in den 2 Fällen von tuberkulöser Peritonitis. Von sämmtlichen Fällen wurden außerdem sofort Deckglastrockenpräparate angefertigt und Agar-Agar- resp. Gelatineplatten gegossen. — Es gelang Vortr., 3 besondere Arten, welche in ihrem Verhalten von den bisher bekannten Formen der Eitermikroben einigermaßen abwichen, zu züchten. Im Ganzen ließen sich in den 42 untersuchten Fällen 19mal virulente Mikroben nachweisen, unter denen sich 3mal Tuberkelbacillen befanden.

Schließlich verbreitet Vortr. sich über die aus seinen Untersuchungen sich ergebende Nothwendigkeit einer streng durchgeführten Antisepsis bei den betreffenden Operationen.

Vortr. erläutert seine Auseinandersetzungen durch Demonstration zahlreicher Kulturen und mikroskopischer Präparate.

(Der Vortrag wird in extenso anderweitig veröffentlicht werden.)

Herr Jaquet spricht dem Herrn Vortr. den Dank der Gesellschaft aus.

---

7) Geburtshilfe und Gynäkologie 1887. Revue französischer und ausländischer Arbeiten.

(Sitzungsberichte der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft zu Paris 1887.) Paris, **J. B. Baillière**, 1888.

Die geburtshilflich-gynäkologische Revue erscheint in ihrem 2. Jahrgang. Der Inhalt ist eben so angeordnet wie in dem ersten. Einer Besprechung desselben bedarf es nicht, da er sich aus Referaten geburtshilflich-gynäkologischer Arbeiten und Sitzungsberichte zusammensetzt, welche auch in unserem Blatt bereits referirt worden sind.

Die sehr ausführlichen Sitzungsberichte der Pariser geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft seien allen denen empfohlen, welchen die Referate unseres und anderer deutscher bezw. französischer medicinischer Blätter über die Verhandlungen jener Gesellschaft ihrer Kürze wegen nicht genügen.

Graefe (Halle a/S.).

8) G. Eustache (Lille). 13mal wiederholte Schulterlage bei derselben Frau.

(Nouv. arch. d'obstetr. et de gyn. 1889. No. 5.)

E. theilt einen Fall mit, wo das erste Kind in Kopflage, die darauf folgenden 13 Kinder aber sich sämmtlich in Schulterlage zur Geburt stellten. Er ist geneigt, die fehlerhafte Einstellung in Beziehung mit einer bei der ersten Geburt entstandenen linksseitigen Cervixruptur 3. Grades zu bringen, und denkt dabei an Erschlaffung der Uteruswände und der Befestigungen des Uterus im Beckeneingang.

Andere Hypothesen, von verschiedenen Autoren aufgestellt (fehlerhaftes Becken, Hydramnios, kleine oder Zwillingsfrucht etc.), fand E. nicht brauchbar zur Erklärung seines Falles.

Heyder (Leipzig).

9) La Torre (Rom). Kompression der Aorta bei Blutungen nach der Entbindung.

(Nouv. arch. d'obstetr. et de gyn. 1889. No. 4.)

L. T. will durch seinen Artikel die Aufmerksamkeit der Ärzte wieder mehr auf die Kompression der Aorta durch die Bauchdecken hindurch lenken. Es sei zu bedauern, dass dieses Mittel so sehr in Vergessenheit gerathen sei, obwohl es so leicht und gefahrlos anzuwenden und in schweren Fällen oft sogar das einzige Mittel zur Lebensrettung sei.

Nach den 8 angeführten Krankengeschichten gelangte L. T. mittels der Aortenkompression zum Ziel in Fällen, wo alle Versuche, die Blutung auf andere Weise zu stillen, fehlgeschlagen waren.

Heyder (Leipzig).

10) E. Chopard. Ein Beitrag zum Studium der Schwangerschaftsnephritis.

Thése de Paris, **G. Steinheil**, 1889.

Mit Zugrundelegung zweier Fälle, welche er in der Peter'schen Klinik zu Paris beobachtet und unter Verwerthung der französischen wie ausländischen, insbesondere auch der deutschen Litteratur erörtert Verf. die Schwangerschaftsnephritis vom pathologisch-anatomischen wie klinischen Standpunkte aus. Er schließt seine Arbeit mit folgenden Sätzen:

Die Albuminurie in der Schwangerschaft ist die Folge anatomischer Veränderungen der Niere, welche gewöhnlich ganz analog den ersten Studien der parenchymatösen Nephritis sind. In der Regel verschwinden sie mit ihren Symptomen sofort nach der Geburt. Ausnahmsweise bestehen sie auch dann noch weiter und können in eine interstitielle Nephritis übergehen. Die Ursachen jener Veränderungen sind in der Arbeitssteigerung der Niere während der Schwangerschaft, in

dem erhöhten intrarenalen Blutdruck, so wie in den massenhaften, organischen Ausscheidungsprodukten, welche das Nierengewebe beim Passiren desselben reizen, zu suchen. Alle resultirenden Veränderungen sind unter dem Namen Schwangerschaftsnephritis zusammenzufassen. Diese ist zu den toxischen Nephritiden zu rechnen. Die Behandlung der Schwangerschaftsalbuminurie erfordert dieselben therapeutischen Maßnahmen wie die Nephritis. **Graefe** (Halle a/S.).

11) Resultate der Porro'schen Operation.

(Brit. med. Journ. 1889. März 30. — Arch. gén. de méd. 1889. Juni.)

Von 250 in den Jahren 1876—1888 operirten Frauen hat Harris 115 Todesfälle aufzuweisen. Davon fallen 29 auf die 50 ersten Fälle, 9 auf die 50 letzten. 12 Kinder starben während der 81 letzten Operationen. Bei 14 seit 1888 stattgefundenen Operationen rettete man alle Mütter und alle Kinder bis auf eins. Die Fälle vertheilen sich wie folgt:

		Heilungen	Todte	Operirt seit 1. Januar 1885	Heilungen	Todte
Italien	85	43	42	19	14	5
Österreich	61	42	19	24	22	2
Deutschland	41	21	19	13	11	1
Frankreich	17	6	11	—	—	—
England	12	5	7	5	4	1
Russland	7	5	2	7	6	1
Verein. Staaten	7	2	5	3	1	2
Belgien	5	3	2	1	1	—
Schweiz	4	3	1	2	1	1
Schottland	4	—	4	3	1	2
Holland	2	1	1	1	—	1
Australien	2	2	—	2	2	—
Spanien	1	—	1	—	—	—
Mexiko	1	—	1	—	—	—
Japan	1	1	—	1	1	—
	250	134	115	81	64	16

Die glücklichsten Operateure sind Breisky (Wien) — 8 Fälle, 8 Erfolge —, Riedinger (Brünn) — 7 Fälle, 7 Erfolge —, Fehling (Basel) — 6 Fälle, 5 Erfolge —, Porro (Mailand) — 6 Fälle, 1 Exitus —, Krassowsky (Petersburg) — 5 Fälle, 1 Exitus —, Chiara (Florenz) — 9 Fälle, 3 Exitus —, Braun v. Fernwald (Wien) — 16 Fälle mit 6 Exitus —, im Ganzen 12 Exitus auf 57 Operationen. Die geringste Mortalität wird bei Frauen beobachtet, die vor dem Ende der Schwangerschaft oder gerade beim Beginn der Geburt operirt werden.

K. Ruhemann (Berlin).

12) Nitot (Paris). Ein neues Speculum.

(Nouv. arch. d'obstetr. et de gyn. 1889. No. 5.)

N. beschreibt ein sich selbst haltendes Rinnenspeculum mit hohlem Griffe zum Abflusse von Flüssigkeiten. Der Mechanismus erscheint nach der Beschreibung sehr komplicirt, so dient eine besondere galgenartige Vorrichtung am Kopfende des Untersuchungsstuhles zur Anbringung von Zug- und Gegengewichten. Der beigegebene Holzschnitt ist so undeutlich ausgefallen, dass man daraus sich keine Vorstellung machen kann.

(Dem neuen Instrument wird wohl keine weite Verbreitung beschieden sein, da wir in dem Neugebauer'schen, sich selbst haltenden Rinnenspeculum das denkbar einfachste und zugleich zweckdienlichste Modell besitzen. Ref.)

Heyder (Leipzig).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 11. Sonnabend, den 15. März. **1890.**

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS'N. R26 1890

Inhalt: I. **M. Sänger**, Kaiserschnittfragen. I. — II. **Borjakowski**, Eine neue Geburtszange. — III. **Schücking**, Die tiefe Umschneidung der Portio vaginalis. (Original-Mittheilungen.)

1) **Sutugin u. Wesdwischenski**, Die Moskauer Gebäranstalt. — 2) **Tilanus**, 3) **Kronacher**, Jodoform.

4) Gynäkologische Gesellschaft in Dresden. — 5) **Saint-Moulin**, Bericht über die Brüsseler Entbindungsanstalt. — 6) **Martin**, Uterusfibroid nach Apostoli behandelt. — 7) **Roosenberg**, Uterusexstirpation. — 8) **Thomas**, Manie nach Operationen. — 9) **Kreutzmann**, Manie nach Ovariotomie. — 10) **Schmall**, Einkammeriges Herz. — 11) **Heppenheimer**, Rudimentäre zweite Scheide. — 12) **Krug**, Strangulation durch Nabelschnur. — 13) **Kummer**, Leistenbruch. — 14) **Byford**, 12 Monate Abdominalchirurgie.

Zur Widerlegung.

I. Kaiserschnittfragen.

Von

M. Sänger (Leipzig).

I.

Im Monat December 1889 habe ich zweimal den Kaiserschnitt ausgeführt: das eine Mal in Gemeinschaft mit Dr. Donat, welcher diesen Fall auch veröffentlichen wird, wegen multiplen Myomen des Corpus und Collum uteri nach Porro mit intraperitonealer Stumpfbehandlung und Glasröhrendrainage; das andere Mal nach eigener Methode, konservativ. Beide Mütter machten eine glatte Heilung durch; die Kinder wurden lebend geboren und blieben am Leben. Beider Operation fand nicht in meiner Klinik statt, sondern in deren Wohnung, das erste Mal im vierten Stockwerk, das zweite Mal im Erdgeschoss eines großen Miethhauses. — Mich nun lediglich meinem Falle von »konservativem« Kaiserschnitt zuwendend, so ist derselbe auf bedingte Anzeige hin zur Umgehung der Kraniotomie bei lebendem Kinde unternommen worden, ferner außerhalb einer Klinik, ohne chemische Antisepsis, ohne Hämostase durch Gummischlauch — also so fortschrittlich wie nur möglich, aber doch konservativ in

der vollen Beibehaltung meiner doppelreihigen Knopfnaht. Dieser Fall, mein siebenter in der Reihe der Uterus-erhaltenden Kaiserschnitte, von denen ich keinen verloren habe, giebt mir erwünschte Gelegenheit zu einigen Fragen für Gegenwart und Zukunft des Kaiserschnittes abermals Stellung zu nehmen. Ich werde daher in einem ersten Artikel diesen Fall ausführlich schildern und in einem zweiten mich jenen Fragen zuwenden.

Am Morgen des 21. December 1889 wurde ich von Herrn Kollegen Schellenberg gebeten, ihm zu einer Kreißenden zu folgen, deren Geburt, nach beinahe 14tägigen Vorwehen nun seit 3 Tagen richtig im Gange und anfänglich in normalem Geleise, bei einer kritischen Wendung angelangt sei.

Die betreffende Dame, Frau K., war, wie ich erfuhr, 36 Jahre alt und zum ersten Male schwanger. In der Pubertätszeit hat sie jahrelang an Bleichsucht gelitten und 3 Blutstürze, wegen Ulcus ventriculi, überstanden, so wie auch im ersten Jahre nach ihrer vor 3 Jahren erfolgten Verheirathung noch mehrmals Blut-erbrechen gehabt. Seit Jahren litt sie in Folge dessen an Magenbeschwerden, welche sie zu einer vorsichtigen Lebensweise zwangen. Sonstige Krankheiten hat sie nicht durchzumachen gehabt. Ihre Menstruation war stets regelmäßig und ohne Besonderheiten. Zum letzten Male waren dieselben eingetreten Anfang März 1889. Mitte Juli wurden die ersten Kindesbewegungen wahrgenommen. Die Schwangerschaftsbeschwerden überschritten nicht das gewöhnliche Maß.

Als Schwangerschaftsende war der 10. December ausgerechnet worden. Die ersten Wehen setzten denn auch etwa am 9. December ein, so dass die Hebamme gerufen wurde. Volle 14 Tage hielten diese Vorwehen an, ehe es ernstlich zur Geburt kam und anhaltendere, kräftige Wehen eintraten. Am 20. December sprang die Blase. Das spärliche Fruchtwasser ging schleichend ab. Darauf verstärkten sich die Wehen, indem die Pausen zwischen denselben immer kürzer wurden. Herr Dr. Schellenberg, welcher am 18. December die Kreißende zuerst sah, fand den Leib entsprechend dem rechtzeitigen Ende der Schwangerschaft ausgedehnt, die Frucht in 1. Schädellage mit Rücken mehr nach hinten, lebend. Die Form der Gebärmutter war eiförmig mit breitem, nach oben konvexem Grunde, am unteren Gebärmutterabschnitte erschien damals höchstens die Leichtigkeit auffällig, womit der von ihm umschlossene harte Kindesschädel durchzutasten war. Die innere Untersuchung fand den Beckenboden, die Scheide straff und wenig aufgelockert. Der Scheidentheil war verstrichen, der äußere Muttermund auf den Umfang eines 50-Pfennigstückes erweitert, seine Ränder scharfsaumig und fest. Im oberen Drittel der Scheide fand sich eine bogenförmige Falte mit stärkster Erhebung an der vorderen Wand und nach rückwärts zu allmählich abfallend. Der Kindesschädel stand im Beckeneingang fest, indem er das vordere Scheidengewölbe ziemlich tief herabbuchtete. Die Schädelknochen boten große Härte dar. Die Pfeilnaht verlief im 2. schrägen Durchmesser mit entsprechender Stellung der Fontanellen.

Außer den Wehen schloss sich der Muttermund dem Kopfe nicht an, auch nicht nach dem Blasensprunge; der untere Abschnitt des Gebärmutterhalses blieb unentfaltet; der Vorberg war auch unter starker Einstülpung des straffen Beckenbodens nicht zu erreichen. Gleichwohl musste eine gewisse, wenn auch nicht bedeutende Verengung des Beckens im geraden, so wie, da die Linea innominata weit nach rückwärts verfolgt werden konnte, auch im queren Durchmesser angenommen werden, hinreichend, den Kopf im Beckeneingang festzuhalten. Die Besichtigung des Körpers ergab denn auch ausgesprochene Zeichen früherer Rachitis: Körpergröße unter Mittel, mäßige, nach außen konvexe Krümmung der Oberschenkel, dicke Gelenkenden bei gracilem Knochenbau. Die später erhobenen Beckenmaße waren folgende[1]: Dist. spin. il. 22, Dist. crist. 27,5, Dist. troch. 31, Conj. ext.

---

[1] Bei Schilderung eines Geburtsfalles aus der Privatpraxis kann das für klinische Geburten gebräuchliche Schema nicht eingehalten werden. Es entspricht

Baudel. 17,5, Lin. diam. obl. 22. Die Diagnosis pelvis lautete daher: Mäßig allgemein verengtes und plattes rachitisches Becken 2. Grades mit einer berechneten Conj. vera von 8,5 cm.

Die Geburt nahm nun des Weiteren folgenden Verlauf. Nach dem Blasensprunge trat der Kopf trotz kräftiger Wehen nicht in das Becken ein und verharrte der Muttermund in gleicher geringer Erweiterung. Die üblichen Mittel, wie Seitenlage, warme Scheidenduschen, Morphium waren ohne fördernden Einfluss. An dem großen und sehr harten Kindesschädel bildete sich eine immer mehr zunehmende Kopfgeschwulst, welche aber nicht bis in den Muttermund hineinragte. Die musterhaft geduldige Kreißende begann, durch die beinahe 14 Tage währende Geburtsarbeit erschöpft, unruhig zu werden. Vor Allem aber stellten sich in immer bedrohlicherer Weise die Erscheinungen der pathologischen Cervixdehnung ein: die sicht- und tastbare Grenze des Blasengrundes rückte höher und höher, bis sie am Morgen des 21. December handbreit über der Schoßfuge stand. Nach Entleerung der Blase mittels elastischem Katheter, zeichnete sich während einer Wehe etwas oberhalb der Stelle, welche dem Blasengrunde entsprach, der Kontraktionsring als deutliche Querfurche ab. In der Wehenpause zeigte der Uterus deutlich Sanduhrform in Folge einer auch an den Seiten ausgeprägten Einschnürung. Der Kopf des Kindes war durch die überdehnte Cervix hindurch ungemein nah und scharf zu tasten. Die kindlichen Herztöne waren regelmäßig und kräftig. Kindespech ging nicht ab.

Kurz nochmals zusammengefasst war die Sachlage also folgende: Ältere Erstgebärende von schwächlichem Körperbau, allgemein verengtes und rachitisch-plattes Becken 2. Grades mit einer Conj. vera von etwa 8,5 cm. Der große harte Kopf des lebensfrischen Kindes in ungünstiger Stellung (I, B), trotz 14tägiger Vorwehen und 3tägiger Geburtsarbeit nicht in das Kleinbecken eingetreten; straffe, wenig gelockerte weiche Geburtswege; Wirkungslosigkeit der Wehen auf den nicht mehr als markstückgroß erweiterten Muttermund, schleichender Abfluss des Fruchtwassers; zunehmende Dehnung der Cervix und des unteren Uterinsegmentes; drohende Uterusruptur! Temperatur und Puls der Kreißenden waren normal.

Die Überlegung, was wohl am geeignetsten zu thun sei, führte uns zu folgenden Ergebnissen. Längeres Abwarten der Naturhilfe erschien aussichtslos und bedenklich. Die alsbaldige Beendigung der Geburt war angezeigt durch die entschiedene Erschöpfung der Kreißenden, so wie durch die drohende Uterusruptur, welche mit jeder ja doch nur die Überdehnung des Cervix verstärkenden Wehe näher rückte. Von kindeserhaltenden Operationen kam zunächst die Wendung auf einen oder beide Füße und Aussiehung in Betracht. An eine kombinirte Wendung war so lange Zeit nach dem Wasserabfluss und bei im Beckeneingang feststehenden Kopf nicht zu denken. Zur Wendung mit der vollen eingeführten Hand hätte der Muttermund erst durch mehrfache tiefe Einschnitte erweitert werden müssen. Die Aussicht, die Umdrehung des trocken liegenden Kindes ohne direkte Herbeiführung der Uterusruptur bewerkstelligen zu können, war nur eine geringe; selbst wenn sie aber gelang, wäre die Ausziehung des Kindes sicher nicht ohne tiefe und schwere Verletzungen der schlecht vorbereiteten mütterlichen Weichtheile von der Cervix bis zum Beckenboden möglich gewesen mit sehr zweifelhaften Chancen für Erhaltung des kindlichen Lebens. Wir sahen daher von der Wendung ab. Für die Anlegung der Zange an den über dem Beckeneingang ungünstig eingestellten Kopf fehlten, auch nach tiefen Incisionen des Muttermundes, die Bedingungen so gänzlich, dass es einer näheren Erörterung gewiss nicht bedarf. So blieb für eine Entbindung auf natürlichem Wege nur die Kraniotomie. Würde man gewartet haben, bis das Kind abstarb, so musste die Gefahr für die Mutter aufs äußerste steigen. Sollte gerade diese Gefahr abgewendet werden, so konnte es sich nur um die Kraniotomie des lebenden Kindes handeln, welcher von Seiten

---

hier entschieden getreuer den wirklichen Verhältnissen, so beschreibend vorzugehen, wie sich Eines aus dem Anderen ergeben hat, nicht aber den Fall nachträglich zu schematisiren. Daher belasse ich mit Absicht die Beckenmaße an dieser Stelle.

des knöchernen Beckens keine, von Seiten der Weichtheile überwindbare Schwierigkeiten entgegenstanden, indem der Muttermund eingeschnitten, Scheide und Damm durch ausgiebige Verkleinerung des Schädels und langsame vorsichtige Ausziehung desselben geschont werden konnten. Immerhin war aber dabei doch die Möglichkeit tieferer Verletzungen der Weichtheile, namentlich der Cervix, nicht ausgeschlossen. Die Opferung des kindlichen Lebens war aber ein Preis, um den wir die Entbindung auf natürlichem Wege nicht erkaufen wollten, da Beide, Mutter und Kind, durch den Kaiserschnitt erhalten werden konnten. Die bedingte Anzeige zu letzterem war gegeben durch die Beckenenge, die drohende Uterusruptur, die Nichtentfaltung des Geburtskanales. Die für die Operation günstigen Bedingungen waren vorhanden: so konnten wir dieselbe mit gutem Gewissen in Vorschlag bringen. Das Für und Wider der Kraniotomie und des Kaiserschnittes wurde beiden, den gebildeteren Ständen angehörigen Gatten aus einander gesetzt, worauf sie vertrauensvoll die Entscheidung uns überließen, die Mutter nicht ohne ihrer Abneigung, das lebende Kind tödten zu lassen, Ausdruck gegeben zu haben. Hätte die Mutter sich für die Kraniotomie entschieden, so kam dies nicht mehr und nicht minder als einem von ihr selbst gesprochenen Todesurtheil ihres Kindes gleich und wäre es unter den heutigen Verhältnissen Henkersarbeit gewesen für den Geburtshelfer, daraufhin zur Perforation zu schreiten. Wir wurden davor bewahrt und beschlossen, da die Entscheidung uns überlassen ward, alsbald zum Kaiserschnitt zu schreiten.

Die Wohnungs- und Pflegeverhältnisse der Kreißenden waren so günstige, dass von einer Verbringung in meine Klinik abgesehen werden konnte. Während ich die Vorbereitungen zur Operation traf, wurde das geräumige und helle Zimmer neben demjenigen der Kreißenden möglichst ausgeräumt, tüchtig erwärmt und darin von der Hebamme auf einem schmalen langen Tische das Operationslager bereitet. Um 11 Uhr Vormittags war Alles zur Operation fertig. Die in Handtücher eingeschlagen mitgenommenen Instrumente wurden in Glasschalen mit warmem Wasser, dem etwas Karbolsäure beigegeben war, gelegt. Die in Karbollösung von 10% aufbewahrten Schwämme, die für die Bauchhöhle bestimmten Sublimat-Mullservietten waren für den Transport ausgedrückt und in einem zugeschraubten Glase mitgebracht worden. Jetzt wurden sie durch Auswaschen in heißem Wasser von Karbol und Sublimat vollständig befreit und in gewöhnliches heißes, durch einen Trichter mit eingelegter Watte filtrirtes Wasser gelegt. Operateur und Assistenten desinficirten sich mit heißem Wasser, Schmierseife, Sand und Wurzelbürste mechanisch, mit Spiritus und Sublimat chemisch und zogen leinene Operationsröcke an. So waren annähernd dieselben Vorbereitungen getroffen, wie in der Klinik.

Die Kreißende war schon im Verlaufe der Geburt mehrmals äußerlich abgeseift und abgespült worden. Jetzt wurde dies wiederholt, der Urin mit Katheter abgenommen und die Scheide mit Sublimat 1:3000 ausgespült. Dann begann die Operation.

Herr Dr. Schellenberg übernahm die Narkose (mit Junker'schem Apparat und Schering'schem Chloral-Chloroform), Herr Dr. Donat assistirte gegenüber, Herr Dr. Heyder besorgte die Instrumente und Schwämme. Zu besonderer Aushilfe stand Herr Dr. Lehmann bereit, welcher auch das Rasiren der Schamhaare, so wie die Desinfektion der Bauchhaut mit Seife und Wasser, Äther und Sublimat erledigte.

Bauchschnitt vom Nabel bis handbreit über die Schoßfuge und Eröffnung der Bauchhöhle; dann Verlängerung des Schnittes über den Nabel nach oben, so dass dieser etwa die Mitte bildete. Gesammtlänge des Schnittes ca. 25 cm. Ablauf einer geringen Menge Ascitesflüssigkeit. Der nach vorn in ein langes, fetthaltiges Ligamentum vesicae medium auslaufende Blasengrund reichte gerade bis zum unteren Winkel der Bauchwunde. Herauswälzung des uneröffneten Uterus, welcher von dem Assistenten gegenüber gehalten wurde. Noch ehe die Darmschlingen Zeit fanden mit herauszutreten, wurden die Bauchdecken zusammengerafft, auf einen Moment wieder geöffnet, um eine Mullserviette, so wie einen flachen Bauchschwamm aufzulegen, dann durch 2 breitfassende Muzeux'sche Zangen

bis an den Uterus heran geschlossen gehalten. Während der ganzen weiteren Operation kam kein Darm zum Vorschein. Durch das gedehnte untere Uterinsegment war der Kindesschädel ungemein deutlich durchzutasten. Die Gegend des Kontraktionsringes trat durch die Verschmälerung und Abflachung des unteren Uterinsegmentes scharf hervor.

Um das letztere wurde lose ein kleinfingerdicker Gummischlauch gelegt, für alle Fälle gekreuzt und an der Kreuzungsstelle durch eine kräftige Klemme geschlossen, aber nicht angezogen.

Der Uterusschnitt begann, genau die Mitte der vorderen Uteruswand einhaltend, am Fundus und reichte in einer Länge von ca. 16 cm bis nahe an das untere Uterinsegment. Schicht für Schicht wurde langsam durchtrennt und wich unter geringer Blutung nach außen zurück. Die Uterushöhle wurde zuerst nur an einer kleinen Stelle über dem rechten Oberschenkel des Kindes eröffnet, wobei eine geringe Menge molkiges Fruchtwasser ablief; unter dem Schutz des gespreizt in die Uterushöhle eingeführten linken Zeige- und Mittelfingers wurde dann die dünne noch zu durchtrennende Muskelschicht mit der Spitze des Messers geschlitzt. Placenta wurde nicht getroffen.

Ergreifung des Kindes an dem vorliegenden rechten vorderen Fuß und rasche Ausziehung desselben. Es war ein kräftiger Knabe, der sofort schrie und nach doppelter Unterbindung der Nabelschnur mit starker Seide der Hebamme übergeben wurde.

Vom Bauchschnitt bis zur Geburt des Kindes waren kaum 3 Minuten Zeit vergangen. Das Corpus uteri retrahirte sich, zog sich aber nur schwach zusammen und sank förmlich in das schlaffe untere Uterinsegment hinein. Statt den Gummischlauch fester anzuziehen, wurde zur Handkompression übergegangen und konnte dieselbe durch Herrn Dr. Donat ganz gut mit dem Griffe einer das untere Uterinsegment von hinten her umfassenden Hand bewerkstelligt werden. Dabei wurde der Uterus noch etwas um seine Längsachse mit der linken Seite nach vorn gedreht und gegen die Schoßfuge hin gedrängt, wodurch das abfließende Blut mehr aus dem Bereich der Bauchwunde kam und über den rechten Oberschenkel ablief. Jetzt wurden auch 3 Spritzen Ergotin in die Haut eingespritzt.

Die Nachgeburt saß an der hinteren Uteruswand; ihre rechte Seite wulstete sich nach Retraktion des Uterus etwas in die Schnittwunde hinein, wurde aber nicht weiter ausgetrieben. Sie wurde daher sammt Eihäuten, welche theilweise abrissen, mit der Hand gelöst und entfernt, wobei es zwar nicht gerade stark, aber doch derart blutete, dass man die Trennungsflächen nicht sehen konnte. Der Uterus wurde weder künstlich durch die Schnittwunde nach außen umgestülpt, noch wurde eine Glättung oder Abschabung der Decidua vorgenommen, sondern lediglich alle fühlbaren Eihautfetzen weggezogen, die weite Durchgängigkeit des Cervix festgestellt und dann ein Schwamm in die Uterushöhle eingelegt.

Die Uteruswunde hatte die typische Wetzsteinform mit spitzem oberen, abgerundetem unteren Wundwinkel; ihre Ränder fielen in den oberen zwei Dritteln ziemlich steil nach innen ab, doch immer noch so, dass sie gegen einander im rechten Winkel standen; weiter nach abwärts flachten sie sich derart ab, dass sie beinahe in einer Ebene lagen, also keine vertikale, sondern eine horizontale Wunde bildeten. Die Ränder der nach außen zurückgewichenen Serosae hingen fast überall ein wenig über die Muscularis weg, wie künstlich eingefalzt. Die Dicke der Wundränder betrug 1,8—2,2 cm. Geschlossen wurde die Uteruswunde durch 12 tiefe, die Decidua freilassende sero-muskuläre und durch 20 seröse, jeden Wundrand doppelt durchstechende Lembert'sche Falznähte. Nahtmaterial für die tiefen Knopfnähte mittelstarke, für die oberflächlichen feine Seide, welche in Karbol 5% ausgekocht, in Sublimat 1 : 500 aufbewahrt worden war. Ein- und Ausstich der tiefen Nähte nicht weiter als 2 mm vom Wundrande nach außen: dadurch wurde die Masse des umschnürten Gewebes auf das möglichste geringste Maß beschränkt, die Wundränder leicht, ohne Spannung und parallel vereinigt. Die oberste und unterste Naht wurde gleich geknotet, nachdem sie auch zuerst eingelegt worden waren; die übrigen Nähte wurden erst ge-

schlossen, nachdem sie sämmtlich gelegt waren. Vorher wurde die Uterushöhle nochmals mit einem ausgedrückten Schwamme gründlich ausgewischt und während des Knüpfens der Nähte die Uteruswunde wiederholt mit Schwamm trocken getupft. Schon nach Schluss der tiefen in Abstand von 1—1,2 cm folgenden Nähte drang aus der genau geradlinigen, vereinigten Wunde kein Tropfen Blut hervor. Bis dahin zog sich der Anfangs ziemlich schlaffe Uterus, wohl auch unter dem Einfluss häufig wiederholter Knetungen und 2 weiterer Ergotininjektionen, in immer kürzeren Pausen, kräftig zusammen; der Blutverlust war bisher ein durchaus mäßiger, übrigens weitaus stärker aus der Uterushöhle als aus der Uteruswunde gewesen. Mit der Handkompression des Uterus konnte daher aufgehört werden; der locker ansitzende Gummischlauch war schon vorher entfernt worden. Die oberflächlichen feinen Falznähte schlossen die Interstitien zwischen den tiefen Nähten auf das Vollkommenste: die Knoten der letzteren wurden von den darüber zusammengezogenen Serosae so genau gedeckt, dass die Nahtlinie beim Darüberstreichen mit dem Finger wie glatt erschien, nachdem die Fäden ganz kurz abgeschnitten waren.

Jetzt wurde das ganze Operationsgebiet gründlich von Blut gereinigt und auch der Uterus einfach mittels eines trockenen Schwammes von jeder Blutspur befreit. Dann wurden die Museux'schen Zangen von den Bauchdecken abgenommen, die in den Douglas gerutschten, eng zusammengezogenen Dünndarmschlingen heraufgeholt und der Uterus in die Bauchhöhle versenkt. Keinerlei »Toilette« derselben! Darauf Schluss der Bauchwunde durch 16 tiefe, 24 oberflächliche Seidenknopfnähte. Auf die Nahtlinie wurde dick Jodoform aufgestreut; darüber kommen einige Streifen Jodoformgaze und ein luftdicht schließender Heftpflasterverband. Derselbe gestattete nicht nur den Uterus genau zu fühlen sondern auch ihn zu massiren, was z. Z. nicht nöthig war, da er fest zusammengezogen blieb.

Gegen Schluss der Operation wurden einige subkutane Einspritzungen von Äther und Kampher gemacht, da der Puls schwächer geworden war: zu einem Collaps kam es nicht. Überhaupt war der Blutverlust, auch der durch die Scheide nach außen, ein durchaus mäßiger, obwohl auf die künstliche Blutleere verzichtet worden war oder vielleicht gerade desswegen.

Die Narkose war vollkommen ruhig und ungestört. Chloroformverbrauch 60 g.

Gesammtdauer der Operation etwas über 1 Stunde.

In das gewärmte Bett zurückgebracht erwachte die Wöchnerin sehr bald und äußerte keine Klagen.

Der Verlauf war, namentlich im Bezug auf Wundheilung, ein durchaus glatter und ungestörter. Höchste Temperatur (am 2. Tag) 38,2, höchste Pulszahl (4. Tag) 108, dann stets 84—80. Es trat nicht ein einziges Mal Erbrechen ein, trotzdem Wöchnerin früher wiederholt an Hämatemesis gelitten hatte. Dagegen bildete sich bei sonst weichem und unempfindlichem Leibe, vom 2. Tage an ein beträchtlicher Meteorismus aus, der von Singultus und Ructus begleitet die Wöchnerin derart aufregte und ängstigte, dass Herr Dr. Schellenberg Nachts geholt wurde, weil sie glaubte, »sie müsse sterben«. Auf Darreichung von Pfeffermünzthee und ein Terpentinklysma erfolgte reichlicher Abgang von Flatus und der Leib sank zusammen. Urin wurde vom 3. Tag an spontan gelassen. Der erste Stuhl wurde mittels Ol. Ricini am 6. Tage erzielt.

Da die Lochien vom 4. Tag an einen leicht käsigen Geruch darboten, wurden statt der bisherigen Abspülungen Ausspülungen der Scheide mit 1,5%iger Karbollösung vorgenommen, worauf nach einigen Tagen jede Spur von Geruch schwand. Die geringe Abenderhebung der Temperatur vom 4.—7. Tag (37,9—38,0) mag wohl damit im Zusammenhang gestanden haben. Die oberflächlichen Bauchnähte wurden am 10. Tag p. o., die tiefen am 16. Tag entfernt: vollständige und trockene prima reunio! Am 21. Tage verließ Wöchnerin das Bett.

Bei einer am 16. Januar 1890 vorgenommenen Untersuchung war der Uterus von außen nicht fühlbar; bei der inneren Untersuchung fand er sich hochstehend, antevertirt und an einer umschriebenen Stelle des Fundus in der Gegend des

unteren Winkels der Bauchwunde adhärent, aber normal beweglich, ähnlich wie in Fällen von Ventrofixation. Eine breite Anwachsung der vorderen Uteruswand fehlte durchaus.

Das Kind, ein ausgetragener kräftiger Knabe, hatte am 3. Tag p. p. ein Gewicht von 3110 g, war 53 cm lang, zeigte folgende Kopfmaße: Diam. mento-occip. 14, fronto-occip. 12, suboccipito-pariet. 10,5, transversae 10 und 9, Circumferentia mento-occip. 40, fronto-occip. 36 cm. Die Schädelknochen waren von besonderer Härte, die Nähte und Fontanellen eng.

Am Morgen nach dem Operationstag wurde das Kind an die Brust gelegt und trank sofort. Doch musste schon in der 2. Woche Kuhmilchbeinahrung (Soxhlet's Apparat) gereicht werden, wobei das Kind tadellos gedieh.

Aus mehreren Gründen habe ich diesen Fall von Kaiserschnitt so ausführlich geschildert.

Er ist vor Allem ein Typus für eine große Klasse von Geburtsfällen, wo die alte Schule sich etwas zu Gute that, frühzeitig, d. h. das lebende Kind zu perforiren und wo auch heute noch die große Mehrzahl der Geburtshelfer dessgleichen thut, zufrieden, die Mutter »gerettet« zu haben. Solche Fälle, wie der unsere, sind alltägliche: wie viele Kinder könnten erhalten, wie viele Mütter vor schweren Geburtstraumen bewahrt werden, wenn die praktischen Ärzte, denen doch der Zahl nach die Leitung der weitaus meisten schwierigen Geburtsfälle obliegt, sich mit der jetzigen einfachen Technik des Kaiserschnittes gründlich vertraut machen, dann aber auch Muth und Entschlossenheit gewinnen würden, ihn gegebenen Falls rechtzeitig auszuführen?! Wie kann aber der Kaiserschnitt bei solcher bedingten Anzeige populär werden, wenn den Ärzten zur Beruhigung gesagt wird, »augenblicklich«, »vorläufig«, »einstweilen« solle er nur in klinischen Anstalten zur Ausführung kommen?! Es giebt aber doch nur eine wissenschaftliche Wahrheit, keine absolute und relative; es giebt nur eine Geburtshilfe, keine klinische und außerklinische. Machte ein Arzt die Kraniotomie des lebenden Kindes in der Praxis, während der gleiche Fall in einer Klinik zum Kaiserschnitt käme mit Erhaltung des Kindes, so ist es eben der Arzt, welcher hinter den Anforderungen der Zeit zurücksteht. Jetzt gilt es, die Ärzte zu fördern, ihnen Muth zu machen in ihrem geburtshilflichen Handeln, die gleiche zeitgemäße Höhe einzuhalten, wie die Klinik. Es heißt eben sowohl die geburtshilflichen Praktiker, wie die Universitätslehrer der Geburtshilfe, welche jene doch ausbilden, herabsetzen, wenn von gewissen Seiten den Ersteren die Fähigkeit und Verlässlichkeit dazu einfach abgesprochen wird. Der Kaiserschnitt ist heut zu Tage nichts Außerordentliches mehr und jeder Geburtshilfe betreibende Arzt muss ihn ausführen können, so gut wie eine Zangenentbindung und mindestens eben so gut, wie eine Kraniotomie. Thatsächlich bekommen ja auch die angehenden Ärzte an einzelnen Kliniken eher einen Kaiserschnitt, als eine Kraniotomie zu sehen. So kann wenigstens von der jüngeren Generation ein völliges Vertrautsein mit den Anforderungen des modernen Kaiserschnittes angenommen werden. Freilich so leicht ist die Sache doch nicht, als der Amerikaner Grandin sie hinstellt, nämlich dass der

Kaiserschnitt jetzt die einfachste aller geburtshilflichen Operationen sei. Nach ihm braucht der Operateur kaum etwas von Anatomie zu verstehen: nur muss er wissen, wie man den Uterus näht und das könne er aus den Büchern in einer Minute lernen, ehe er zur Operation schreitet. (Diskussion in der Obstetr. soc. of New York 1889, Okt., Amer. journ. of obstetr. 1890, Febr. p. 185.) Das ist das entgegengesetzte Extrem, den Kaiserschnitt als eine Bagatelle hinzustellen. In Frankreich möchte man aus einem anderen Grunde lieber bei der Kraniotomie bleiben (cf. P. Bar, Recherches exp. et clin. etc. de l'Embryotomie céphalique, Paris 1889), nämlich den schönen, dazu neu erfundenen Instrumenten zu Liebe. Richten wir lieber unser Augenmerk darauf, wie der Kaiserschnitt noch einfacher, noch lebenssicherer gemacht werden könne.

Diesem Ziele strebte ich in dem hier geschilderten Falle abermals näher zu kommen, einestheils der Richtung folgend, welche die heutige Laparotomie der Asepsis zuführte, anderntheils mit Verzichtleistung auf völlige Blutleere des Uterus, so wie auf andere Maßnahmen mehr nebensächlicher Natur, wie provisorischen Nahtschluss der Bauchwunde, Abschabung der Decidua. Ich kehrte auch wieder zur Seide, als dem für den Uterus und die Bauchwunde geeignetsten Einheitsmaterial zurück und — schwöre nach wie vor auf die seroseröse Naht, für welche ich in einem späteren Artikel nachdrücklichst eintreten werde.

II. Eine neue Geburtszange.

Von

A. Borjakowski,

praktischem Arzt in Kiew.

Ich demonstrirte die von mir vorgeschlagene Geburtszange den Herren Kollegen beim III. Kongress der russischen Ärzte (Tagebuch des III. Kongresses der russischen Ärzte). Da aber bis jetzt darüber noch wenig geschrieben wurde, so erachte ich es für nothwendig, mit einigen Worten die Konstruktion der betreffenden Geburtszange und die damit verbundenen Vortheile zu besprechen. Der Deutlichkeit wegen lege ich 3 Zeichnungen bei.

Ich betrachte Folgendes als meiner Zange eigenthümlich: 1) die Abwesenheit der Beckenkrümmung, 2) die nicht vollkommene Kreuzung der Handhaben, 3) das Schloss. Ich erlaube mir über diese 3 Punkte einige erklärende Worte.

1) Die Beckenkrümmung der Geburtszangen verliert in den letzten Jahren allmählich den Werth, welchen man ihr von Alters her beigemessen hatte. Wenn wir die Geschichte in Betracht ziehen, so sehen wir, dass die Beckenkrümmung bei Geburtszangen durch Levret eingeführt wurde (Suite des observations sur les causes et accidens de plusieurs accouchemens laborieux Paris 1751). Die Aufgabe derselben war nach der Meinung des Erfinders: 1) das Perineum gegen Einrisse zu schützen, 2) die Extraktion der Frucht mit

der Zange bei hinterer Scheitellage zu ermöglichen. Levret's Ansicht nach wäre es unmöglich, bei hinterer Scheitellage die gerade Geburtszange anzuwenden, da dieselbe nur einen Theil des Kopfes dem Hinterhaupte näher) fasst und beim Zuge ausgleitet. Auf diese Weise wurde die Existenz der Beckenkrümmung bei den Zangen durch Levret's Autorität bis auf unsere Zeit sichergestellt. Die geraden Zangen kamen aus dem Gebrauche und erst jetzt, besonders auf Grund der Untersuchungen des Prof. Lazarewitsch, wurde die Bedeutung der Beckenkrümmung als übertrieben erkannt. Die Kliniken der russischen Universitäten (in Charkow, Kiew, Warschau) haben Untersuchungen über diesen Gegenstand angestellt, welcher seiner Bedeutung nach in die erste Reihe der zu lösenden Probleme der Geburtshilfe gesetzt werden sollte.

Ich erlaube mir besonders auf die Untersuchungen der Warschauer Klinik hinzuweisen (»Journal Akuscherstwa« 1888, No. 5; »Wratsch« 1888, No. 51), auf Grund deren die Existenz der Beckenkrümmung bei Zangen absolut perhorrescirt wird, da sie nur eine große Verwirrung in den Indikationen zur Zangenanlegung und in der Beschreibung des Operationsganges verschuldet hat. Lazarewitsch beweist, dass die gerade Zange, alle ihre anderen Vortheile abgerechnet, keine größere Anzahl von Dammrissen verschuldet, als eine mit Beckenkrümmung. Der Damm zieht sich sehr gut (sogar bei hochstehendem Kopfe) nach hinten zurück und behindert die Operation nicht im geringsten. Auf diese Weise erweist sich die Zweckmäßigkeit der Beckenkrümmung in diesem Falle illusorisch. Es haben ferner meine Untersuchungen über Zangenoperationen bei hinterer Hinterkopflage, meiner Ansicht nach, vollkommen sichergestellt, dass die Beckenkrümmung in solchen Fällen nicht nur als unnütz, sondern eher als schädlich anzusehen sei. Bei Hinterlagen sollte man nur eine gerade Zange anlegen, weil nur eine gerade Zange in der Beckenhöhle so weit gewendet werden kann, als es zum Übergange einer Hinter- in eine Vorderlage nothwendig ist. Folglich verliert auch in diesem zweiten Falle die gekrümmte Zange ihren Werth (Protokolle der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft in Kiew, 4. Auszug und Tagebuch des III. Kongresses der russischen Ärzte). Was kann man also zu Gunsten der gekrümmten Zange anführen? Im III. Kongress der russischen Ärzte führte man an, man könne mit der krummen Zange einen über dem Beckeneingange stehenden Kopf besser fassen, als mit einer geraden Zange. Ich kann dieser Äußerung nicht beipflichten, da in diesem Falle die Extraktion des Kopfes, wenn er auch gut gefasst ist, äußerst schwierig ist. Die Schwierigkeit besteht darin, dass die Vorwärtsbewegung des Kopfes der Achse des Geburtskanales nicht folgt: der Kopf wird durch die Zange gegen die vordere Beckenwand stark gedrückt und folgt dem Zuge schwer. Die Bedeutung der Beckenkrümmung bei den »Achsenzangen« (Tarnier, Breuss, Polotebnow) ist noch mehr zweifelhaft. Alle diese Zangen sind derart konstruirt, dass sie es wohl mög-

lich machen, den hochstehenden Kopf gut zu fassen; bei den ersten Zugbewegungen aber streckt sich die Zange gerade, es geht folglich die Operation auf ähnliche Weise von statten, als wenn eine gerade Zange angelegt worden wäre. Man kann also alle »Achsenzangen« ihrer Wirkungsweise nach als gerade Zangen ansehen, bei welchen ganz zwecklos äußerlich eine Beckenkrümmung angebracht ist; sie sind in Folge davon komplicirter und schwerer.

Auf Grund aller dieser Bemerkungen erachte ich die Beckenkrümmung der Zangen für überflüssig, und in einigen Fällen (Hinterhauptlage) sogar für schädlich. Wegen hinterer Hinterkopflage sollte jeder praktische Arzt über eine gerade Zange verfügen. Ich erlaube mir diesen Satz kategorisch auszusprechen, trotzdem vor anderthalb Jahrhunderten die gekrümmten Zangen speciell für die Hinterlagen erfunden wurden. Man war doch zu jener Zeit mit dem Mechanismus der Geburt im Allgemeinen und mit dem Mechanismus der Geburt bei Hinterhauptlagen speciell wenig vertraut, und die Operationstechnik befand sich noch im Embryonalzustande. Levret führte z. B. beide Arme (sogar die gekrümmten) durch dieselbe Beckenhälfte ein, trotzdem er dann beim Anpassen derselben an den Kopf des Kindes sich gehörig abmühen musste. Indem ich die gerade Zange bei Hinterlagen für unentbehrlich halte, empfehle ich dieselbe außerdem gern auch bei Vorderlagen, bei im Beckeneingange oder im Becken selbst stehendem Kopfe. Was den Fall eines über dem Beckeneingange hochstehenden Kopfes anbelangt, so habe ich darüber keine Erfahrungen und kann ich nur auf Erfahrungen der Warschauer Klinik hinweisen, welche ganz bestimmt zu Gunsten der geraden Zange sprechen.

2) Die nur theilweise Überkreuzung der Branchen meiner Zange beruht auf einer eigenen Konstruktion der Handhaben. Es wird damit bezweckt: 1) eine mehr regelmäßige und wirksame Applikation der Händekraft, 2) die Unmöglichkeit, den Kopf zu komprimiren. Bei gewöhnlichen Zangen sind die Handhaben meistens derart konstruirt, dass beim Ziehen die erste (die linke) Hand sich in der Pronation und die zweite (die rechte) in der Supination befindet. Unter solchen Bedingungen sind regelmäßige, koordinirte Bewegungen der Hände unmöglich und ein Theil der Kraft geht nutzlos verloren. Ich erachtete es also für unbedingt nothwendig, die Konstruktion der Handhaben derart abzuändern, dass sie eine bequemere Applikation der Händekraft gestatten. An der vorgelegten Zange wurde diese Aufgabe, wie mich meine Erfahrung lehrte, mit Erfolg gelöst. Die Hände sind so angeordnet, dass sie symmetrisch und gemeinschaftlich arbeiten (Fig. 2). Die Leichtigkeit und Freiheit der Bewegungen sind vollkommen ersichtlich. Die angewendete Kraft ist leicht zu schätzen und unnütze Kraftvergeudung wird vermieden. Man wird natürlich diese Bequemlichkeit in den seltenen Fällen vermissen, in denen die Zange nicht im queren, oder beinahe queren, sondern im geraden Beckendurchmesser angelegt wird.

Was die Kompression des Kopfes anbelangt, so muss man meine Zange streng von den Zangen unterscheiden, bei welchen eine vollkommene Kreuzung stattfindet. Die letzteren sind derart konstruirt, dass die Kompression mit der ganzen (linken) Hand vollzogen wird.

Fig. 1.

Fig. 2.

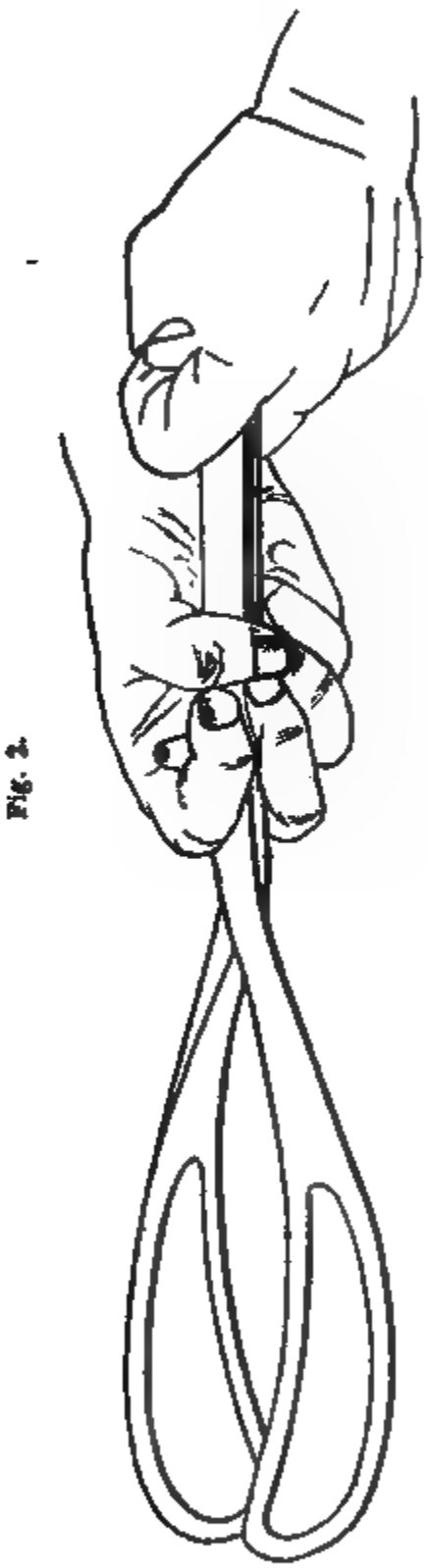


Fig. 3.

Zur Verhinderung einer übermäßigen Kompression steckt man zwischen die Handhaben ein Handtuch oder einen Finger der linken Hand; eine solche Vorrichtung spricht jedoch wenig zu Gunsten des

Instrumentes, um so weniger, als sie unbequem ist und bei Weitem nicht gegen Kompression schützt. Bei einer mehr oder weniger schwierigen Extraktion, wenn man mit beiden Händen und bedeutender Kraftanwendung arbeiten muss, ist eine Kompression unvermeidlich; je kräftiger man mit der rechten Hand, welche am Schlosse fasst, extrahirt, desto kräftiger werden die Handhaben mit der linken Hand zusammengepresst auf Grund koordinirter Bewegungen beider Hände. Um diesem unangenehmen Übelstande der gekreuzten Zangen abzuhelfen (und ein besseres Fassen des Kopfes zu ermöglichen), hat Lazarewitsch eine Zange mit parallelen Handhaben konstruirt. Ich benutzte seine Zange mehrmals und kann bezeugen, dass sie wirklich eine nur unbedeutende Kompression des Kopfes bewirkt. Dieser Vortheil wiegt aber mancherlei Nachtheile (besonders das Abgleiten) nicht auf und entscheidet also nicht zu ihren Gunsten. Ich entschloss mich für eine unvollkommene Kreuzung der Handhaben. Bei meiner Zange wird die Kompression des Kopfes nur durch die Kraft zweier Finger der linken Hand (des Zeige- und Mittelfingers) bewirkt, ist darum sogar bei starkem Ziehen ganz unbedeutend. Außer dieser, eher untergeordneten Aufgabe leistet die linke Hand noch den halben Kraftaufwand bei der Extraktion. Die Zugkraft wird vom Anfange der Operation an gleichmäßig auf beide Hände vertheilt, in Folge dessen das Gefühl für die anzuwendende Kraft lange erhalten bleibt und die Widerstandskraft richtiger beurtheilt wird.

3) Das Schloss an meiner Zange wird durch einen Stift an einem Löffel und einem ihm entsprechenden Loch im oberen Theile des anderen Löffels gebildet (Fig. 3). Das Loch mündet in einen Stift. Das Schließen geschieht leicht, wenn die Zange regelrecht angelegt wurde. Man kann jeden Löffel nach Belieben zuerst einführen; das Überführen der Löffel des Schließens halber ist bei Anwendung meiner Zange überflüssig. Ich mache besonders auf das leichte Öffnen meiner Zange aufmerksam; die gekreuzten und besonders die parallelen Zangen werden während der Operation nicht so leicht geöffnet und abgenommen, was in manchen Fällen nothwendig ist. Das Reinhalten des Schlosses ist durch seine Einfachheit gewährleistet.

Zu den Vorzügen meiner Zange rechne ich ihre Einfachheit, Leichtigkeit und Transportfähigkeit. Die Zange wird aus Stahl geschmiedet und vernickelt. Sie wird unter meiner Aufsicht bei Herren Graff & Co., Universitätslieferant in Kiew, hergestellt.

III. Die tiefe Umschneidung der Portio vaginalis.

Von

Dr. Schücking (Pyrmont).

Die Mittheilung Kaschkaroff's[1] in No. 52 d. Bl. 1889: »Zur operativen Behandlung der Metritis chronica« veranlasst mich schon

[1] Die Kaschkaroff'sche Methode stellt im Wesentlichen nur eine Modifikation der alten Markwald'schen kegelmantelförmigen Umschneidung dar.

jetzt, über ein Verfahren Mittheilung zu machen, das ich seit einem Jahre geübt habe und das noch um ein Beträchtliches konservativer zu Werke geht, als die Kaschkaroff'sche Methode. Das Verfahren des genannten Autors unterscheidet sich von der keilförmigen Amputation der Portio im Wesentlichen dadurch, dass der aus beiden Lippen ausgeschnittene Theil nicht einen derben Keil, sondern eine dünne Lamelle der Cervicalwand darstellt und nur ein minimaler Theil der Schleimhaut der Vaginalportion entfernt wird. In Fällen, in denen die chronische Metritis mit ausgesprochenen pathologischen Veränderungen der Cervicalschleimhaut, adenomartigen Wucherungen etc. komplicirt ist oder bei hochgradiger Hypertrophie der Portio wird man zweifellos nach wie vor die keilförmige Amputation der Portio vornehmen. Dort aber, wo es sich um eine mehr oder minder hartnäckige Metritis chronica bei mäßiger Hypertrophie der Portio und bei nicht so hochgradigen Veränderungen der Cervicalschleimhaut handelt, empfehle ich mein Verfahren, das einfach darin besteht, dass rings um den äußeren Muttermund ein die Cervicalwand kreisförmig spaltender ca. 2 cm tiefer Schnitt geführt wird. Die Blutbahnen können hierbei in derselben Ausdehnung getrennt werden, wie bei der keilförmigen Amputation, und wird es sich im Effekt für die Cirkulationsverhältnisse gleich bleiben, ob die Kontinuität der Blutbahn durch einen einfachen Schnitt oder die Entfernung einer kleinen Theilstrecke unterbrochen wird. Die Vorgänge bei der Thrombosirung, Vaskularisirung etc. in dem durchschnittenen Gebiet werden in beiden Fällen dieselben sein.

Portio vaginalis 4 Wochen nach der Umschneidung mit kreisförmiger Narbe.

Ich habe das geschilderte Verfahren in 4 Fällen angewandt. In den beiden ersten Fällen habe ich in die vordere und hintere Lippe je zwei Nähte eingelegt. In den beiden letzten Fällen, in denen eine ausgiebigere Schrumpfung erwünscht schien, habe ich das Verfahren zweiseitig und ohne Naht angewandt, und zuerst die eine, nach einigen Tagen die andere Lippe umschnitten. Im 4. Fall wurden die Wundflächen mit Eisenchloridlösung betupft und tamponirt, während im dritten Fall die Blutung, die nur gering war, allein durch die Tamponade gestillt wurde. Der gute Einfluss des Verfahrens sowohl auf die bestehende Metritis, als auch auf die hypertrophirte Portio veranlasst mich, die tiefe Umschneidung der Vaginalportion dort, wo sie indicirt ist, zur weiteren Prüfung zu empfehlen.

---

1) **Sutugin** und **Wosdwischenski.** Kurze historische Beschreibung der Einrichtung der Moskauer geburtshilflichen Anstalt und medicinischer Bericht über das Jahr 1888.

(Russisch.)

Der Referent übergeht die sehr sorgfältig geschriebene Beschreibung der ersten Einrichtung, des späteren Wachsthums und der jetzigen Anordnung der Moskauer Gebäranstalt aus Raumrücksichten und erwähnt nur, dass eine Anzahl Tafeln diese Einrichtungen erläutern. Im Jahre 1888 erfolgte eine wichtige Veränderung in der

Beziehung, dass die Anstalt mehr selbständig wurde und ihre Abhängigkeit von dem Findelhause in ökonomischer und sonstiger Beziehung aufhörte. Zugleich trat ein Wechsel in der Person des Direktors ein; S.[1] nahm diese Stelle ein und strebte mancherlei Verbesserungen einzuführen: zweckmäßigere Vertheilung der einzelnen Zimmer, bessere Einrichtung der Krankenräume, mehr mit den Vorschriften der Desinfektion übereinstimmende Anordnungen in der Abführung der Fäkalien, Errichtung eines histochemischen Kabinettes zur Vornahme chemischer und mikroskopischer Analysen.

Obgleich das Krankenhaus schon seit 1764 besteht, hat man erst seit 1800 verlässige Nachrichten über die Zahl der in ihm vorgekommenen Geburten. Vorher weiß man nur, dass aus ihm in 37 Jahren 7600 Kinder in das Findelhaus gebracht wurden.

Von 1800—1888 kamen in der Anstalt 161500 Frauen nieder. Das Ambulatorium wurde von 1870—1888 von 48700 Kranken benutzt. In der 1876 errichteten gynäkologischen Abtheilung wurden bis 1888 865 Kranke behandelt, von welchen 635 einer Operation unterworfen wurden. Darunter befanden sich 93 Laparotomien mit tödlichem Ausgange in 20 Fällen. Es ist indess zu bemerken, dass im Jahre 1887 3 von 11 Fällen starben, aber 1888 nur 3 von 18 Fällen.

Die Übersicht über die letzten 3 Jahre zeigt, dass die Zahl der Geburten langsam, aber stetig steigt (1888 4572), dass aber die Zahl der Fälle, wo die Aufnahme verweigert werden musste, unverhältnismäßig mehr stieg. 4484mal wurde im Jahre 1888 ein Kind geboren (davon 2096 Knaben und 1895 Mädchen, gleich 1,10:1), 90mal fanden Zwillingsgeburten, 1mal eine Drillingsgeburt statt. Es starben im Ganzen 27 Wöchnerinnen an septischen Wochenkrankheiten (0,17%), was einen bedeutenden Fortschritt gegen die beiden vorhergehenden Jahre darstellt, wo die Sterblichkeit 0,6 betrug. Die allgemeine Sterblichkeit der Wöchnerinnen war 1888 0,59%, im Jahre vorher 1%.

Zur Desinfektion der Wöchnerinnen, Gebärenden und Instrumente wird hauptsächlich Sublimat verwendet und überhaupt spielen Desinfektion, Einspritzungen etc. eine große Rolle in der Behandlung der Gebärenden und Wöchnerinnen. Die spontane Entfernung der Nachgeburt überlässt man $^1/_2$ Stunde lang der Natur; die Nabelschnur wird nach jedem Bade mit Gips bestreut.

Das Verhältnis der Mehrgebärenden zu den Erstgebärenden war im Jahre 1888 wie 3:1, darunter 100 Frauen, welche schon 9mal oder öfter geboren hatten. 6mal häufiger kamen Zwillingsgeburten bei Mehrgebärenden als bei Erstgebärenden vor; auch die Drillingsgeburt fand bei einer Mehrgebärenden statt.

Vorzeitige Geburten kamen 583 vor mit 609 unentwickelten Kindern, Aborte (vor dem 5. Monat) 60, von denen nur der 7. Theil auf die Mehrgebärenden fiel, während die vorzeitigen Geburten sich

---

[1] Ist schon zu einem höheren Posten befördert.

auf Erst- und Mehrgebärende ungefähr eben so vertheilten, wie die rechtzeitigen Geburten. 400 Kinder starben in oder bald nach der Geburt (beinahe 10%), darunter 4, welche bei der Sektion der Mutter herausgenommen wurden. In 61 Fällen konnte das Geschlecht der nicht ausgetragenen Frucht nicht bestimmt werden, dabei ein Foetus papyraceus.

429mal kamen Dammrisse vor, von welchen 261 genäht wurden, 52mal Vorfall der Nabelschnur (26mal wurde sie während der Geburt durchschnitten, 7mal zurückgebracht), 17mal Placenta praevia, 40mal Eklampsie, 81mal (1,1%) war das Becken verengt. 4165mal bestand Kopflage, 263mal Unterendlage, 54mal Querlage, 186mal wurde die Lage nicht bestimmt.

Dem entsprechend war die Zahl der ausgeführten Operationen bedeutend: 125mal Zange, 82mal Wendung, 25mal Durchbohrung des Kopfes, 49mal Ausziehung des Kindes, 9mal künstliche Frühgeburt, 109mal Entfernung der Nachgeburt mit der Hand, 162mal wurden die Reste der Nachgeburt und der Eihäute ausgezogen, je einmal wurde bei der Schwangeren der Mutterhals amputirt, 1 Polyp abgedreht und die Ovariotomie gemacht.

Unter den allgemeinen Krankheiten der Wöchnerinnen waren am häufigsten Syphilis (25), Bronchitis (17), Ekzem (10) und Schrunden der Brustwarzen (28), an septischen Affektionen erkrankten 600 (darunter 258 an nicht lokalisirtem Fieber), und starben, wie erwähnt, 8. Unter den nicht septischen Wochenkrankheiten nahmen die erste Stelle Dammrisse (329) und Anämie (154) ein.

Unter den 109 Kranken der gynäkologischen Abtheilung starben 4, darunter 3 an Krebs. 18mal wurde die Laparotomie (8mal wegen Ovarialcysten) mit 3 Todesfällen gemacht, 3mal die Exstirpation des krebsigen Uterus ohne tödlichen Ausgang. **Reimann** (Kiew).

---

2) **Tilanus.** Ist Jodoform ein Antisepticum?

(Münchener med. Wochenschrift 1887. No. 17.)

Verf. theilt Versuche mit, welche die Angaben von Heyn, Rovsing, Lübbert, Schede, de Ruyter, Baumgarten, Duhring u. A. bestätigen.

1) Fleischwasserpepton-Gelatine und Fleischwasserpepton-Agar mit Jodoform reichlich gemengt, dass dasselbe beim Erkalten gleichmäßig darin suspendirt war, wurde mit faulender Nährgelatine (einzelne Mikroorganismen nicht bestimmt) geimpft; die Vegetation war eine sehr üppige.

2) Mit Mikrococcus putridus eben so.

3) Käufliches Jodoformpulver den gleichen Nährmedien und Bouillon zugesetzt, ergab in allen Fällen die mannigfachsten Kulturen.

4) Staphylococcus pyogenes aureus wurde unter gleichen Bedingungen nicht in seiner Lebensthätigkeit gehemmt. Er schließt mit der Warnung, Jodoform als Antisepticum zu betrachten und anzu-

wenden, ohne gleichzeitige Gegenwart anderer Antiseptica von bekannter Wirkung, wenn er auch nicht leugnen will, dass sich das Jodoform vielleicht im Wundsekrete zersetzen und durch Freiwerden von Jod antiseptisch wirken kann. Er verspricht über dessen Einwirkung auf den Tuberkelbacillus noch weitere Mittheilungen.

Ziegenspeck (München).

---

3) **Kronacher** (München). Das Jodoform und sein Verhalten zu pathogenen Bakterien.

(Münchener med. Wochenschrift 1887. No. 29.)

K. kam im Wesentlichen zu den gleichen Resultaten für Erysipel, Milzbrand und Rotz.

a) Erysipelkultur wurde auf Fleischwasserpepton-Gelatine, Bouillon und Kaninchen übertragen, die Entwicklung von Kolonien war die gleiche, ob Jodoform bis zu Breikonsistenz den Flüssigkeiten zugesetzt war oder ob keines vorhanden war. Die Wunden der Impfthiere mochten dicht mit Jodoform ausgefüllt sein und in das Centrum des Pulvers hinein der Impfstich erfolgen, der Erfolg war derselbe, wie bei den Kontrollthieren: typisches Erysipel bei oberflächlicher Impfwunde, Tod und Anwesenheit von Streptokokken in Blut und inneren Organen, welche letzteren, wiederum zu Impfungen verwendet, positive Resultate gaben, trotzdem sie mit Jodoform zusammen geknetet waren.

b) Milzbrand ergab dasselbe auf Kartoffeln, Fleischwasserpepton-Agar und Kaninchen, während

c) bei Rotz, welcher sich viel langsamer entwickelt, sich doch eine gewisse Einwirkung zeigte. Es zeigen nämlich die Kulturen auf todten Nährmedien: Fleischwasserpepton-Agar und Glycerin-Agar, sehr träges Wachsthum bei Gegenwart von Jodoform im Gegensatz zum Kontrollversuche, und die von ersteren gemachten Impfungen fallen vollkommen negativ aus und zwar gleichgültig, ob das Jodoform aufgestreut oder im Nährboden suspendirt war. Rotzkultur-Jodoformbrei erwies sich als steril, eben so konnte das Wachsthum einer in Entwicklung begriffenen Kultur durch Aufstreuen von Jodoform gehemmt und die Keime binnen 8 Tagen getödtet werden.

Die Impfthiere (Meerschweinchen) gingen jedoch in der nämlichen Zeit zu Grunde, gleichgültig ob Jodoform sehr reichlich in der Impfwunde sich befand oder nicht und die inneren Organe erwiesen sich in gleicher Weise bei allen von miliaren Rotzknötchen durchsetzt, nur war die Impfwunde kleiner und zeigte gesunde Granulationen, wenn Jodoform zugegen war.

Zwei Thieren war je eine Wundtasche angelegt und bei dem einen mit sterilen Seidenfäden, bei dem anderen mit Jodoform gefüllt vernäht worden. Die Impfung, erst nach einigen Tagen vorgenommen, ergab bei der mit Jodoform vorbehandelten Wunde fast gar keine örtliche Erkrankung, bei der anderen ein großes typisches Rotzgeschwür, während die Allgemeininfektion bei beiden gleich war.

Jodoform ist demnach kein Antisepticum, sondern ein »Heilmittel«, welches lokal die Gewebe vor Zerstörung schützt, die Keime nicht zu tödten vermag. **Ziegenspeck** (München).

Kasuistik.

4) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

147. Sitzung am 4. Juli 1889.

Vorsitzender: Herr Leopold, Schriftführer: Herr Münchmeyer.

I. Herr Leopold: Nekrolog auf Prof. Breisky.

Redner schildert ausführlich das Leben und Wirken B.'s unter eingehender Besprechung seiner verschiedenen wissenschaftlichen Werke und seiner Verdienste um die Verhütung des Kindbettfiebers. Zum Andenken an den zu früh der Wissenschaft Entrissenen erheben sich die Anwesenden von ihren Sitzen.

II. Herr Münchmeyer: Demonstration von Präparaten, u. a. mehrerer größerer durch Hysterectomia supravaginalis gewonnener Myome und durch die Totalexstirpation entfernter Uteri.

148. Sitzung am 3. Oktober 1889.

Vorsitzender: Herr Leopold, Schriftführer: Herr Münchmeyer.

I. Herr J. Schramm: Vorstellung einer Pat. mit Uterus septus et vagina duplex.

Das 31jährige kräftige und wohlgebildete Landmädchen suchte wegen mehrmonatlichen Ausbleibens der Menses ärztliche Hilfe. Vortr. vermuthete Gravidität und entdeckte bei der Untersuchung den genannten Entwickelungsfehler. Die Periode war bisher stets regelmäßig aufgetreten, nur im letzten Vierteljahre sistirte dieselbe. Die Vulva erscheint normal; werden die großen und kleinen Schamlippen aus einander gezogen, so erblickt man rechterseits einen unverletzten ringförmigen Hymen mit centraler Öffnung. Bei starker Anspannung nimmt die Öffnung des Hymens an Umfang zu, und wird linksseitig ein Scheideneingang sichtbar, der an seiner äußeren Peripherie kleine Hymenalreste zeigt und den untersuchenden Finger in eine normal weite, nicht mehr virginale Scheide gelangen lässt. Mit einiger Mühe, und nicht ohne heftige Schmerzensäußerungen der Frau kann man den Zeigefinger durch die Hymenalöffnung in die rechtsseitige Scheide führen. Beide Scheiden sind durch ein sagittal gestelltes Septum getrennt, welches unterhalb der Urethra beginnt und in die linke Seite des erhaltenen Hymens übergeht. Die Scheidewand ist in der ganzen Länge gleich dick. Die rechte Scheide steht der linken an Weite nach. Jede der beiden Scheiden hat eine virginal geformte Vaginalportion, von denen die linke länger in die Scheide hineinragt und die Sonde leicht bis zur Marke aufnimmt, während der rechtsseitigen Scheide eine kleine Vaginalportion mit enger Öffnung entspricht, in welche die Sonde nur wenige Centimeter weit eindringt.

Der Uterus ist äußerlich normal geformt und läuft in seinem unteren Theile in einen doppelten Muttermund aus. Zwei gleichzeitig eingeführte Sonden berühren sich nicht direkt. Eine deutliche Längsscheidewand im Inneren des Uterus trennt beide Instrumente. Somit ist die Uterushöhle in zwei Hälften getheilt, Die Untersuchung in der Narkose ergab normale Ovarien und Tuben. Nach entsprechender Behandlung sind die Menses wieder eingetreten, und konnte man sich dabei überzeugen, dass die Menstruation aus beiden Hälften des Uterus stattfand. Von ihrem Bildungsfehler hat Pat. keine Ahnung; zum Coitus wurde die linke Scheide benutzt.

II. Herr Leopold: Über Ventrofixatio uteri rectroflexi.

Redner berichtet in Kürze über die weiteren Fälle von retroflektirtem, im kleinen Becken mehr oder weniger verlötheten Uterus, welche er nach dem von ihm in No. 333 der Volkmann'schen Hefte beschriebenen Verfahren operirt hat. Letzteres hat sich bisher als einfach und zuverlässig bewährt, und ist namentlich

von den vor 3 Jahren Operirten hervorzuheben, dass bei ihnen noch jetzt de Uterus beschwerdelos vorn liegt und die früheren mannigfachen Schmerzen dauern geschwunden sind. Ausführlichere Mittheilung später.

Diskussion: Herr Leonhardi fragt an, ob die Operirten nie über Blasen beschwerden klagten, und ob die Dehnbarkeit resp. Fassbarkeit der Blase ein genügende sei.

Herr Leopold: hat von seinen Operirten keine diesbezüglichen Klagen ge hört. Bei Gelegenheit einer Untersuchung konnte er feststellen, dass sich die Blase nicht, wie gewöhnlich, nach vorn und oben, sondern mehr nach hinten und besonders nach den Seiten hin ausdehnte.

Herr J. Schramm hat bisher 9 Fälle operirt, sowohl nach der Leopold'schen, als auch Czerny'schen Methode; von beiden ist er befriedigt, doch hält er die letztere für einfacher, zumal es ihm den Eindruck machte, als wenn die Entfernung der Seidenfäden leicht Schmerzen verursache. Bei seinen zuletzt vorgenommenen Untersuchungen fand er den Uteruskörper fest fixirt.

Herr Klotz hat die letzten 6 seiner zahlreichen Fälle nach Leopold operirt und ist mit dem Resultate sehr zufrieden. Bei sehr starken Adhäsionen behält er seine Methode bei, während bei leichteren die andere Methode genügt.

Herr Leopold kann die Beobachtung, dass die Herausnahme der Seidenfäden besondere Schmerzen mache, nicht bestätigen. Er ist für die Czerny'sche Methode, obwohl sie einfacher, nicht eingenommen, weil ihm die entstehende Adhäsionsbrücke zu schmal vorkommt.

Herr Merkel referirt im Anschluss an den Vortrag des Herrn Leopold die Späth'sche Arbeit über Ventrofixatio uteri aus der Deutschen med. Wochenschrift.

III. Herr Münchmeyer: Über eine Komplikation von Geburt mit Ovarientumor.

Nach kurzer Anführung der einschlägigen Litteratur bespricht er zunächst die Prognose für Mutter und Kind, sowie die therapeutischen Maßnahmen, welche sich aus jedem einzelnen Falle ergeben müssen. In seinem Falle handelte es sich um eine 30jährige IIIgebärende mit normalem Becken und gesunden inneren Organe, die, in der Geburt begriffen, die Klinik aufsuchte. Auffallend hoher Kopfstand, bedingt durch eine das kleine Becken fast ganz einnehmende, prall elastische Geschwulst. Repositionsversuche auch in tiefer Narkose ohne Erfolg; die Punktion von der Scheide aus ergab nur wenig dünnflüssiges Blut, der Tumor verkleinerte sich nicht. Nach Absterben des Kindes Perforation und Kranioklasie bei thalergroßem Muttermunde, starke Scheidenzerreißung, Jodoformgazetamponade. Bis auf eine abendliche Fiebersteigerung normaler Wochenbettsverlauf. 4 Wochen lang blieb die Größe des dem linken Ovarium angehörenden Tumors unverändert, dann fing derselbe an zu schrumpfen und hatte 4 Wochen nach der Geburt nur noch die Größe eines Gänseeies. Ovariotomie. Der Tumor stellte sich als ein Spindelzellensarkom des linken Ovariums heraus. Glatter Verlauf, Entlassung nach 3 Wochen. Betont werden muss die jedenfalls erst kurz vor der Geburt eintretende kolossale Schwellung der Geschwulst und das Fehlen jeglicher Symptome, trotz der malignen Beschaffenheit.

IV. Herr Münchmeyer demonstrirt verschiedene durch Operationen gewonnene Präparate.

Besonders hervorgehoben zu werden verdient eine von dem Vortragenden operirte mannskopfgroße Parovarialcyste des linken Ovariums, welche vollkommen vom Stiele getrennt am Netz adhärirte und nur durch eine Adhäsion mit diesem ernährt wurde.

149. Sitzung am 7. November 1889.

Vorsitzender: Herr Leopold, Schriftführer: Herr Münchmeyer.

I. Herr Grenser: Seltene Intermission des Fiebers bei einer septisch erkrankten Puerpera.

Eine 25jährige Ipara wurde nach 40stündiger Dauer der Geburt mit der Zange von einem todten, frisch abgestorbenen Mädchen entbunden, dessen Nabelschnur zweimal fest um den Hals geschlungen war. Die Verzögerung der Geburt ent-

stand erstens durch sehr schlechte unausgiebige und selten auftretende Wehen und war zweitens durch vorzeitigen Abfluss des Fruchtwassers bedingt. Die Untersuchung der Gebärenden wurde nur ganz selten und nach vorhergegangener Desinfektion vorgenommen. Eine seitliche Incision in die rechte Schamlippe wurde durch 3 Katgutnähte geschlossen, und unmittelbar nach Beendigung der Geburt die Scheide mit 3%iger Karbolsäure ausgespült. Bereits nach 24 Stunden zeigte die Wöchnerin Vormittags 40° bei 140 Pulsschlägen, und war am 4. Tage post partum eine reichliche Menge freier seröser Flüssigkeit in der Bauchhöhle nachweisbar, wozu sich am 6. Tage des Wochenbetts eine faustgroße Exsudatgeschwulst in der Ileocoecalgegend gesellte. Außer dem roborirenden Verfahren wurden laue Bäder, Eisblase auf den Leib und nasse, kalte Laken, innerlich Opium und Chinin in mittleren Dosen angewandt. Auf ein am Abend des 9. Tages bei 40,5° gegebenes Bad von 22° R. und 15 Min. Dauer (im Ganzen das 8. Bad in 60 Stunden) erfolgte nun eine 2tägige vollständige Intermission des Fiebers. Die Temperatur hielt sich zwischen 36,4° und 37,4°, der Puls um 80; die Kranke zeigte keine Symptome von Collaps; gleichzeitig nahmen beide Exsudate ab, aber bereits am Abende des 12. Tages stieg das Fieber wieder, in der 3. Woche trat eine linksseitige Pleuritis exsudativa ein, so dass die Wöchnerin 5 Wochen bis zu ihrer völligen Genesung brauchte.

Redner ist geneigt die Intermission des Fiebers bei dem Mangel anderer Erscheinungen, namentlich plötzlichen Abfalles einer etwa vorhanden gewesenen lobulären Pneumonie, Durchbruch eines Exsudates etc. — der systematisch angewandten Bäderbehandlung zuzuschreiben.

Diskussion: Herr Leopold hat zahlreiche Fälle gesehen, welche in Bezug auf die Ätiologie dem besprochenen ähnlich sind. Auch er hält den vorzeitigen Blasensprung für ungünstig wegen der Bloßlegung des unteren Uterinsegmentes, der Möglichkeit des Lufteintrittes in die Gebärmutter, besonders beim überraschenden Blasensprunge. Er habe in einzelnen Fällen von puerperaler Sepsis Bäder mit Erfolg angewendet, doch halte er es für schwierig, den richtigen Zeitpunkt für die Anwendung derselben in jedem einzelnen Falle zu bestimmen. In der Privatthätigkeit stoße man nicht selten auf Widerspruch seitens der Pat. und Angehörigen. Erfolg könne man sich nur versprechen, wenn die Bäder unter jedesmaliger ärztlicher Kontrolle gemacht würden. Gegen Fiebermittel sei er im Allgemeinen eingenommen; zwar werde die Temperatur herabgesetzt, die klinische Beobachtung jedoch gestört. Von dem früher so vielfach empfohlenen Chinin habe er weder Vortheile noch Nachtheile gesehen. Seine Behandlung der puerperalen Sepsis gipfele hauptsächlich in der Anwendung von Eis, Opium, peinlichster Reinhaltung der Kranken und Alkohol, in sehr seltenen Fällen auch in Bädern.

Herr Grenser hat nie Nachtheile vom Chinin gesehen, speciell nie Magenstörungen, und wendet es besonders gern wegen des Einflusses auf das Herz an.

Herr Gelbke fragt an, ob die Krankheitssymptome nach dem 12. Tage nicht auch auf die begleitende Pleuritis geschoben werden könnten.

Herr Grenser: die Pleuritis habe erst am 16., die Fiebererscheinungen aber wieder am 12. Tage begonnen.

Herr Marschner hat von den Bädern in einzelnen Fällen gute, in anderen nur wenige Erfolge zu verzeichnen; er fragt, ob die Entfieberung nicht auch durch die Entleerung eines eventuell durchgebrochenen Eiterherdes zu erklären sei.

Herr Grenser hat trotz genauer Beobachtung gerade dieses Umstandes nichts davon bemerkt.

Herr Gelbke hat einen Fall gesehen, in dem sich die Frau 17 Tage nach der Geburt vollkommen wohl befunden hatte; als sie aufstand, traten septische Symptome ein, und es erfolgte der Tod. Die Sektion ergab eine Perforation der mit Eiter gefüllten rechten Tube.

Herr Marschner hat gleichfalls einen Fall gesehen, bei welchem erst am 11. Tage, bald nach dem Aufstehen, schwere septische Symptome auftraten; nach wochenlangem Kranksein endete der Fall mit Genesung.

II. Herr **Münchmeyer** demonstrirt mehrere durch Operationen gewonnene Präparate.

---

5) **Saint-Moulin** (Brüssel). Bericht über die Brüsseler Entbindungsanstalt während der Jahre 1878—1888.

(Journ. d'accouch. 1889. No. 7—10.)

Die Brüsseler Entbindungsanstalt besteht aus 2 Abtheilungen, deren eine dem klinischen Unterricht, die andere dem der Hebammenschülerinnen dient. Letzterer steht Dr. S.-M. seit 1886 vor. Bald, nachdem er sein Amt angetreten, brach eine Puerperalfieberepidemie aus, welcher innerhalb 5 Monaten von 168 Wöchnerinnen und 25 fieberhaft Erkrankten 6 erlagen. Die Anstalt wurde in Folge dessen auf 14 Tage geschlossen und desinficirt; mit ihrer Wiedereröffnung aber anstatt des bis dahin verwandten Karbols Sublimat als Desinficiens, außerdem eine genauere und energischere Desinfektion sowohl der Kreißenden, wie der Untersuchenden und des Operateurs eingeführt; alles überflüssige Untersuchen vermieden. Nach Entfernung der Nachgeburt wurde der Uterus mit 2 Liter $^1/_2{}^0/_{00}$iger Sublimatlösung, während der 3 ersten Wochenbettstage die Scheide 3mal täglich mit $^1/_4{}^0/_{00}$iger Sublimatlösung ausgespült. Trotzdem erkrankten innerhalb der nächsten 5 Monate noch 33 Wöchnerinnen fieberhaft; keine aber starb, im letzten Vierteljahr besserte sich auch die Morbidität. Von der Wiedereröffnung der Anstalt an bis zum 1. Januar 1889 starb keine Wöchnerin mehr an Puerperalfieber.

S.-M. bringt das Auftreten dieser Epidemie mit ausgedehnten Kanalbauten in unmittelbarer Umgebung der Anstalt während der Dauer derselben in Zusammenhang. In gleichem Sinne äußerte sich eine zur Untersuchung der Ursachen der Epidemie eingesetzte Kommission.

Des Weiteren theilt Verf. eine Reihe pathologischer Geburten mit, welche während der Jahre 1886—1888 zur Beobachtung kamen. Erwähnenswerth aus denselben ist zunächst, dass beim Auftreten perimetritischer oder peritonitischer Erscheinungen Blutegel, heiße Umschläge und Vesikatore angewandt wurden. Interessant ist ein Fall, bei welchem sich nach der leichten Geburt eines 7monatlichen Fötus ein Thrombus vulvae bildete, welcher am folgenden Tag sich bis zum Anus ausgedehnt hatte. Sein Zustandekommen führt S.-M. auf arterielle Atheromatose zurück, welche sich bei der Pat. auch in anderen Gefäßgebieten zeigte. — Bei einer Gravida mit engem Becken sollte die künstliche Frühgeburt eingeleitet werden. Um die weiteren Maßnahmen vorzubereiten, wurden heiße Vaginalduschen von 2 Stunden zu 2 Stunden gemacht. Nach 8 Irrigationen war der Muttermund vollständig erweitert. Ein 2. Fall verlief eben so. Bei einer Wöchnerin traten am 11. Tage post part. eklamptische Anfälle auf. Der Urin war eiweißfrei. Bei einer anderen Eklamptischen stellten sich nach der Entbindung psychische Störungen ein, welche aber bald wieder schwanden. — Drillinge wurden nur einmal in der Anstalt geboren. Sie blieben bis zur Entlassung der Mutter aus der Anstalt am Leben.

S.-M. schließt seinen Bericht mit einem Loblied auf das Sublimat als geburtshilfliches Desinficiens. **Graefe** (Halle a/S.).

6) **Franklin Martin** (Chicago). Uterusfibroide mittels Apostoli's Methode behandelt.

(Med. record. New York 1889. Juni 8. p. 639.)

Verf. unterscheidet dreierlei Formen der Anwendung der Elektricität bei Uterusfibroiden, nämlich: 1) intra-uterine positive Galvanokaustik, 2) intra-uterine negative Galvanokaustik, 3) intravaginale Galvanopunktur. Unter 100 hinter einander so behandelten Fällen wurden 1) 95% von Blutungen befreit; 2) 8% ganz zum Verschwinden gebracht; 3) 78% wesentlich verkleinert; 4) nur 14% in ihrer Größe nicht verändert; 5) in 90% wurden die Schmerzen erleichtert; 6) kein Todesfall trat ein; 7) außer den 8% gänzlicher Heilung waren noch 68% als »symptomatisch geheilt« anzusehen. **Lühe** (Demmin).

7. **L. Boosenburg. Totale vaginale Uterusexstirpation wegen Retention einer faulenden Placenta.**

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1889. No. 21.)

Es handelte sich um eine 24jährige Frau, welche 2mal ausgetragen hatte, dann abortirt im 6 Monat. Die von der Hebamme vorgenommene Entfernung der Placenta bot einige Beschwerden. Trotz der später auftretenden Blutungen wurde der Uterus curettirt. Am 24. März neuer Abort im 4. Monat. Beim Versuch der Hebamme, die Nachgeburt zu entfernen, reißt die Nabelschnur ab und die Placenta bleibt in utero. Unmittelbar nach der Entbindung bekommt die Wöchnerin einen Schüttelfrost mit folgender Hitze. Da diese Anfälle sich täglich wiederholten und heftiger wurden, die wenigen blutigen Lochien stinkend wurden und die Pat. zusehends herunterkam, wurde am 30. März R.'s Hilfe in Anspruch genommen.

Status praesens: Pat. im Bett liegend, mit etwas Facies hippocratica. Puls sehr klein (120); der Bauch ist mehr oder weniger aufgetrieben, der Uterus unterhalb des Nabels durchzufühlen; die Genitalien mit schwarzem, stinkenden Blut bedeckt. Am folgenden Tage Aufnahme im Krankenhaus. Temperatur 41,5°. Puls 130. Respiration 40. Pat. klagte über Dyspnoe.

Nach Desinfektion der Scheide und Uterushöhle versucht R. mit den Fingern ins Cavum uteri zu kommen. Das Ostium uteri, von einer dicken wenig elastischen Wand umgeben, lässt nur mit Mühe 2 Finger durch, es gelingt nicht etwas von der Placenta durchzufühlen. Eine Cervixruptur fürchtend wird vom weiteren Eindringen in den Uterus abgestanden. Energische Desinfektion, Jodoformgazetamponade.

In der Nacht fällt die Temperatur auf 37 (Puls bleibt 124), um am anderen Morgen unter Schüttelfrösten auf 40,3 zu steigen. Puls 132. Respiration 44. Am folgenden Morgen wurde der Tampon entfernt. Der Muttermund hat sich nicht erweitert, ein Versuch, mit einem großen Volkmann'schen Löffel die Placenta zu entfernen, misslingt vollständig.

Neue Desinfektion und Tamponade. Unter Schüttelfrost bleibt die Temperatur steigend bis 40,5. Puls 145. Am anderen Morgen war der Bauch stark aufgetrieben, Neigung zum Erbrechen. Als R. den Eindruck bekam, dass Pat. keine 24 Stunden mehr leben könnte, wird mit Zustimmung der Kranken die totale Uterusexstirpation von der Vagina aus ausgeführt. Nach Entfernung des Uterus kommt in den untersten Theil der Peritonealhöhle Jodoformgaze, in die Scheide ein großer, mit Jodoformglycerin befeuchteter Wattetampon. Dauer der Operation eine Stunde. Heißer Kognak. Die Temperatur 2 Stunden post op. 41,9, fiel Abends bis 37,5. Puls 112. Unter normal bleibender Temperatur fiel die Pulsfrequenz bald auf 92; nach 10 Tagen waren die Ligaturen abgestoßen, nach 14 Tagen konnte die Kranke durch den Saal gehen. Unmittelbar nach der Operation wurde der Uterus untersucht. Beim ersten Einschnitt über die hintere Fläche des Uterus durch das Peritoneum und die halbe Gebärmutterwanddicke gehend, ließ sich ein sehr intensiver Gestank bemerken, mitten durch die Placenta führte ein zweiter Schnitt ins Cavum uteri. Die sehr stark verwachsene Placenta ist an ihrer freien Oberfläche ganz schwarz und stinkt abscheulich. An verschiedenen Stellen ist eine Placentitis nachzuweisen.

In der Litteratur ist nur ein solcher Fall bekannt, wo von Schultze die supravaginale Uterusexstirpation vorgenommen wurde. Verf. möchte eben in solchen Fällen immer den Uterus von der Scheide aus exstirpiren. R. ist außerdem der Ansicht, dass man als Ultimum refugium in den Fällen von puerperaler Septikämie, wo die erste Uterusdesinfektion keine Erfolge hat, wo die Diagnose durch eine beginnende Peritonitis eine sichere wird, und wo das Verhältnis zwischen Puls und Temperatur eine infauste Prognose stellen lässt, die Totalexstirpation vornehmen soll. — Obgleich diese weitstreckende These Ref. bei der großen Schwierigkeit den Uterus als die einzige Quelle von Infektion nachzuweisen und weiter centralwärts deponirte Herde septischer Infektion als Thromben, Embolien etc. ausschließen zu können nicht so ganz unanfechtbar vorkommt, ist er überhaupt der Ansicht, dass man im vorliegenden Falle die Operation hätte um-

gehen können. Wenn man mit 2 Fingern noch in die Uterushöhle eindringen könnte, so kann man gewiss eine so wenig entwickelte 4monatliche Placenta mit der Curette herausbefördern. **A. Mijnlieff** (Breukelen).

8) **Gaillard Thomas.** **Akute Manie und Melancholie als Folge gynäkologischer Operationen.**

(New York med. journ. 1889. Mai 25. p. 580.)

Es ist Thomas aufgefallen, dass nicht gerade selten seinen gynäkologischen Operationen schwere psychische Störungen folgten, ohne dass er bei seiner auf diese Sphäre beschränkten Erfahrung sagen könnte, ob auch bei andersartigen Operationen ähnliche Ereignisse einträten. Unter seinen 6 mitgetheilten Fällen befinden sich 4 akute Manien mit 2 Todesfällen, 2 Pat. wurden von akuter Melancholie befallen, und starben blöde; von den 2 überlebenden Maniakalischen ist eine genesen, eine noch krank. Es handelte sich um folgende Operationen: 2 Ovariotomien, 2 Brust-Amputationen, 1 Perineorrhaphie, 1 Cervixnaht. Bei 4 dieser Kranken lag schon früher Disposition zu psychischer Erkrankung vor. Außer seinen Fällen findet T. noch 10 von Ill, 6 von Werth, 3 von einem Hamburger Chirurgen zusammengestellte ähnliche Krankengeschichten. Übrigens ist zu erwähnen, dass von keinem der tödlichen Fälle das Sektionsergebnis mitgetheilt wird.

In der Diskussion auf diesen in der New York academy of medicine gehaltenen Vortrag bezweifelt Hunter, dass diese traurige Komplikation sich auf die gynäkologischen Operationen beschränke, glaubt vielmehr, dass sie auch anderen Operationen folge. Gewiss ist dies richtig, doch ist es sehr fraglich, ob nicht beim Vergleich der Häufigkeit psychischer Erkrankungen nach verschiedenen Operationen — abgesehen von offenbaren Jodoform- etc. Vergiftungen — doch die Wage sehr zu Ungunsten der gynäkologischen sinken würde. **Lühe** (Demmin).

9) **Kreutzmann** (San Francisco). **Akute Manie nach Ovariotomie.**

(New Yorker med. Monatsschrift Bd. I. No. 2. 1889. Februar. p. 87.)

5 Tage nach Operation eines multilokulären Ovarialkystoms trat Unruhe, am 8. Tage ein maniakalischer Anfall ein, welcher durch Narkotica etwas beruhigt wurde, am 12. Tage Tod. Die geringe Menge des auf die vernähte Bauchwunde gestäubten Jodoforms, welche 5,0 g sicher nicht überschritt, lässt eine Jodoformvergiftung um so weniger wahrscheinlich erscheinen, als in die Bauchhöhle selbst gar kein Jodoform gelangt und Jod im Urin nicht nachzuweisen war. Die Nieren fanden sich bei der Sektion im Zustand akuter Schwellung mit Entzündung. Vor einigen Jahren war übrigens eine geistige Störung vorangegangen.

Lühe (Demmin).

10) **Schmall.** **Ein Fall von einkammerigem Herz.** (Aus der Klinik von Prof. Treub.)

(Nederl. tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Jahrg. I. Hft. 2.)

Er betraf das Kind einer 23jährigen IIpara. Das Kind hat ein Körpergewicht von 3,335 kg, bei einer Länge von 50 cm, während die Schädelmaße die folgenden waren: der quere 9 cm, der Diam. sub. occip. bregm. $9^3/_4$ cm, der rechte 11 cm, der oblique $14^1/_2$ cm, der große Umfang $33^1/_2$ cm, der kleine $28^1/_2$ cm. Die Schultern zeigten eine Breite von $13^1/_2$ cm an und die Hüfte 9 cm. Am ersten Tage war das Kind stark cyanotisch und beim Auskultiren war am Herzen ein deutlich systolisches Pfeifen zu hören. Unter zunehmender Cyanose verschied das Kind am nächsten Tage.

Bei der Obduktion fand man am Herzen nur eine Kammer und nach der Seite dieser befindet sich ein geräumiges Ostium venosum, mit 3 gut entwickelten Klappen; eine nach links vorn, 2 an den Ost. venos. und den Ost. der Art. pulmonalis, eine nach hinten und eine nach rechts vorn. Die Kammer ist weit, ihre Wand dick und mit massenhaft vielen Trabekeln versehen. Nach jedem der Zipfel dieser Klappe begeben sich die Chordae tendineae einzelner Papillär-

muskeln, welche sich an den membranösen Rändern dieser Zipfel festsetzen. Links vor dem Ost. venos. befindet sich ein nach oben hin stark kegelförmig ausgedehnter Theil: der Conus arteriosus der Art. pulmon., welches Gefäß durch Semilunarklappen von der Kammer abgeschlossen ist. Die linke Vorkammer ist sehr klein und eben wie die linke Auricula wenig entwickelt; oben in der Vorkammer münden die Ven. pulm. aus. Nach der Ventrikelseite befindet sich wohl eine kegelförmige Ausdehnung, doch von dieser aus kann man nicht in die Kammer kommen, zwischen dieser und der linken Vorkammer giebt es jedoch keine Verbindung. Die Art. pulm. ist 10 cm weit und theilt sich auf ungefähr $1^1/_2$ cm ihrer Anfangsstelle in 3 Äste: die Art. pulm. dextr. et sin. und den Ductus Botalli, welcher bedeutend dicker ist wie die Art. pulm. Die Aorta ist dünn (2 mm), sie kommt vom Herzen, links von der Art. pulm., geht quer hinter diese herum und bekommt dann plötzlich an der Stelle, wo sie vom Truncus anonymus abgeht, die normale Weite, welche sie dann wie der Arcus aortae und die Aorta descendens behält. Wenn man die Aorta in der Richtung des Herzens zu sondiren versucht, so zeigt es sich, dass man nicht in die Kammer kommen kann, eben so lässt sich in der Kammer selbst keine Spur eines zweiten arteriellen Ostium nachweisen. Mit der Sonde kommt man in einen der Nebenäste der Aorta: die Art. coronaria et sinistra.

Forscht man der Wirkung dieses Herzens intra vitam nach, so stimmt diese vollständig überein mit der Wirkung der einkammerigen Herzen, wie z. B. dem der Fische. Der Mechanismus des Kreislaufes dieses Fötus wie der Blutversorgung wird von Verf. näher berührt, eben so wie die Ätiologie dieser Abnormität, welche nach S. wie eine Entwicklungsanomalie zu betrachten ist und nicht auf eine abgelaufene Endocarditis zurückzuführen ist. **A. Mijnlieff** (Breukelen).

11) **Heppenheimer. Eine rudimentäre zweite Scheide.**

(New Yorker med. Wochenschrift Bd. I. No. 2. 1889. Februar 2. p. 89.)

H. fand gelegentlich bei einem chlorotischen Mädchen eine eigenthümliche Entwicklungsanomalie der Geschlechtstheile. Unterhalb des kranzförmigen Hymens befand sich eine zweite Öffnung, die in eine sich etwa $1^1/_2$ cm tief unter die Scheidenschleimhaut erstreckende, genau in der Mitte befindliche Höhle führte. Die Öffnung dieser kleinen, etwa 1 cm breiten Lakune ist mit einer scharfrandigen leicht dehnbaren Schleimhautduplicatur, die als zweites Hymen aufzufassen ist, umgeben. Das blassrosarothe Epithel des Blindsackes entspricht dem der äußeren Genitalien. Durch ihre Lage in der Mittellinie und unterhalb der ausgebildeten Scheide ist diese rudimentäre Scheide gegenüber anderen Doppelbildungen sehr auffallend, auch erscheint sie als einfache Einstülpung der äußeren Haut.

Lühe (Demmin).

12) **Florian Krug. Strangulation des 6monatlichen Fötus durch die Nabelschnur. Retention der abgestorbenen Frucht bis zum Schwangerschaftsende.**

(New Yorker med. Monatsschrift Bd. I. No. 3. 1889. März. p. 136.)

Im 7. Schwangerschaftsmonat wird die Schwangere zuerst von Sommerdiarrhoe mit kolikartigen Schmerzen, dann von überaus heftigen Kindsbewegungen befallen, welche sich nach einer kleinen Opiumdosis beruhigen. Allein die Schwangerschaft schreitet nicht vor, und 3 Monat später wird ein ca. 7monatlicher Fötus leicht geboren, welcher eine so starke Einschnürung seines Halses durch die Nabelschnur zeigte, dass er nur einen Durchmesser von $^1/_4$ Zoll hatte. Diese starke Kompression hatte vor 3 Monaten den Tod des Fötus veranlasst, ob sie aber in Folge der erhöhten Darmperistaltik der Mutter damals erst entstand, ist doch zweifelhaft, der Halsdurchmesser entspricht nicht dem Alter von etwa 7 Monaten. Höchst auffallend ist die lange Retention des Fötus nach seinem Absterben, etwa 3 Monate.

Lühe (Demmin).

13) **E. Kummer (Genf). Leistenbruch.**

(Revue méd. de la Suisse rom. Genève 1889. Mai 20.)

80jährige Pat. leidet seit 26 Jahren an einem linksseitigen Leistenbruch. Keine Beschwerden, keine Bandage. Vor 4 Jahren Einklemmung der Hernie und leichte

Reposition. Wiederholte Einklemmung und Beschwerden des verordneten Bruchbandes bestimmen die Greisin zur Operation. K. machte eine Incision in Form eines T und trifft auf einen bandartigen, die Hernie in 2 Lappen theilenden Streifen, nach dessen Zerschneidung der Bruchsack eine fast cylindrische Form annimmt. Im Inneren des Bruchsackes das Netz in großer Ausdehnung adhärent mit Zeichen frischer Entzündung. Resektion von 80 g Netz. Excision des Bruchsackes und eines subperitonealen Lipoms. Heilung nach 6 Tagen.

K. Ruhemann (Berlin).

14) **Byford.** Twelve months of abdominal and vaginal section.

(Sonderabdruck aus dem Chicago med. Journ. and examiner.)

Sämmtliche 48 ausgeführte Operationen haben eine Gesammtsterblichkeit von 7 = 17,08%. Sehr auffallend ist die geringere Sterblichkeit der Operationen von der Scheide aus, indem unter 2 vaginalen Ovariotomien, 12 vaginalen Oophorektomien und 7 vaginalen Hysterektomien sich keine Todesfälle befinden, während die entsprechenden Operationen von einem Bauchschnitt aus 33,33%, 15,38% und 66,66% Todesfälle aufweisen. Unter den 3 Probebauchschnitten endlich befindet sich auch einer mit tödlichem Ausgang in Folge von Herzlähmung beim Aufrichten zum Essen 8 Tage nach der Operation. 2 der anderen 6 Todesfälle waren die Folge einer Blutung aus dem Stumpf, und zwar 1 nach Ovariotomie, 1 nach Entfernung der Uterusanhänge. Letztere Operation wurde von einem Bauchschnitt aus 15, von der Scheide aus 12mal ausgeführt, wobei, wie gesagt, auf jene 2 Todesfälle entfielen. Nur in 2 abdominellen Hysterektomien wurde der Stiel extraperitoneal behandelt (1 Todesfall), sonst stets unterbunden und versenkt. Die 2mal tödliche Blutung aus dem Stiel glaubt B. künftig ganz umgehen zu können, indem er jetzt viel sicherer zu unterbinden gelernt habe. Er bedient sich einer Nadel mit doppeltem Faden (meist Seide), stößt diese so durch den Stiel, dass mit dem einen Faden die Tube und das Ligam. ovarii, mit dem anderen alles Andere gefasst wird. Vor dem Knoten wird jeder Faden noch einmal durch das Gewebe des hinteren Stielendes hindurchgeführt, um Abgleiten unmöglich zu machen, und endlich mit einem der beiden Fäden noch einmal der ganze Stiel umbunden. Auch die Todesfälle durch Herzlähmung glaubt B. später vermeiden zu können, einestheils durch Ausschließung verdächtiger von der Operation, anderentheils durch sorgfältigere Berücksichtigung der Ernährungsverhältnisse in jedem Einzelfall.

Lühe (Demmin).

Zur Widerlegung[1].

Die Herren Dr. Blumenthal und Dr. Gerlach zu Darmstadt haben sich in einer Erklärung und in einer Extrabeilage der Nummer 8 des Centralblattes für Gynäkologie in völlig unberechtigter und anmaßlicher Weise gerühmt, ein von mir schon im Jahr 1886 konstruirtes Instrument bereits vorher erfunden zu haben — obwohl ihre sogenannte Erfindung erst von dem Oktober 1889 datirt (!) — und mich hiermit direkt beschuldigt, ich habe diese ihre angebliche Erfindung in No. 3 d. Bl. veröffentlicht. Selbstverständlich konnte ich diesen ehrenrührigen Vorwurf nicht ruhig hinnehmen, sondern musste hierauf sofort meine beiden eben so leichtfertig als gehässig gegen mich auftretenden Angreifer gebührend zurück- und zurechtweisen. Dies ist in der heutigen Extrabeilage geschehen und kann ich mich dem zufolge einfach auf die betreffenden Ausführungen beziehen, indem ich auch meinerseits jedweden weiteren Kommentar hierzu für überflüssig halte.

Darmstadt, den 23. Februar 1890. Dr. **C. Quetsch.**

---

[1] Bei der Redaktion eingegangen am 25. Februar.

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bresl[illegible]

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 12. Sonnabend, den 22. März. 1890.

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASSN APR 3 1890

Inhalt: I. **Berczeller**, Vaginalobturator à double courant zu heißen Ausspülungen der Scheide. — II. **M. Sänger**, Kaiserschnittfragen. II. (Original-Mittheilungen.) 1) Gynäkologische Gesellschaft zu Berlin. — 2) **Fränkel** und **Kaufmann**, Diagnostik der Unterleibsgeschwülste. — 3) **Münchmeyer**, Totalexstirpation. — 4) **Heyder**, Schwangerschaft bei Scheidenverschluss. — 5) **Samschin**, Myom und Carcinom. — 6) **Haviland**, Statistik des Krebses. — 7) **Towan**, Inversion.

I. Vaginalobturator à double courant zu heifsen Ausspülungen der Scheide.

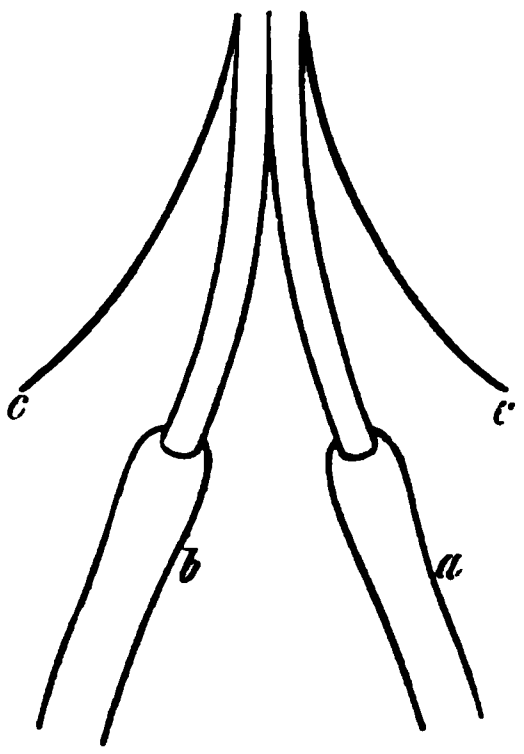
Von

Dr. **Emerich Berczeller**,

Frauenarzt in Budapest.

Bei der Anwendung heißer Vaginalinjektionen hat sicherlich schon jeder andere Frauenarzt auch die Beobachtung gemacht, dass dieselben in der Privatpraxis gewöhnlich nicht von demselben Erfolge begleitet sind, wie im Krankenhause. Die Ursache liegt sehr nahe: ohne Kontrolle macht es die Pat. nicht gut, sie benutzt nämlich bloß laues Wasser, weil das heiße an den äußeren Genitalien brennt. Mir sind schon mehrere Damen vorgekommen, die heiße Vaginalinjektionen nicht machen wollten, denn, meinten sie, ein anderer Arzt habe es ihnen schon empfohlen, sie hätten es versucht, doch das Brennen sei unerträglich gewesen. Was hiergegen empfohlen ist, z. B. das Ankleben eines Stück Wachses an die Gegend des Dammes, das macht die Sache komplicirter, aber nicht viel besser. Um diesem Übelstande abzuhelfen und dieses wirkungsvolle therapeutische Mittel geschickter anwendbar zu machen, habe ich ein kleines Instrument verfertigen lassen, welches dem Zwecke sehr gut entspricht. Es besteht aus dem Anfangsstücke eines double-courant-Katheters, also aus Zu- und Abflussrohr, welches von einem aufgeschraubten kleinen Kautschuktrichter bedeckt ist. Die Länge des

Ganzen ist 6—7 cm; die Breite der Trichteröffnung 6—7½ cm. Die Anwendung ist aus der Figur ersichtlich. Durch *a* findet der Einfluss, durch *b* der Abfluss statt, bei *cc* setze die Frau die Finger an, um das Instrument zu halten. Der Vortheil des Instrumentes ist in erster Reihe der, dass das heiße Wasser durch das Abflussrohr zurückkommen muss, es wird also die Frau nicht verbrühen. Es hat aber auch manche Nebenvortheile:



1) Da nur ein kleiner Theil des Rohres in die Vagina eingeführt wird, kann es keine solchen Schmerzen machen, wie das gewöhnliche Vaginalrohr, welches beliebig hoch hinaufgeschoben werden kann.

2) Es muss schon eine gewisse Menge Wasser sich in der Scheide angesammelt haben, bevor es zurückfließt; hält man das Abflussrohr zu, so kann man es eine Zeit lang da zurückhalten. Die Berührung mit dem heißen Wasser ist also inniger. Aus diesem Grunde wird es bei medikamentösen Injektionen auch mit Vortheil angewendet werden, ja selbst bei gewöhnlichen reinigenden Ausspülungen, weil das Wasser besser abgeleitet werden kann, es ist die Manipulation reinlicher.

Ich habe die Idee von Oser's Obturator zu Rectalinjektionen empfangen und habe auch den Namen beibehalten*.

II. Kaiserschnittfragen[1].

Von

M. Sänger (Leipzig).

II.

Acht Jahre sind verflossen, seit ich Wege und Ziele wies, welche zur Wiederherstellung des durch die Porro-Operation zurückgedrängten konservativen Kaiserschnittes führten. Die damals angeregten Verbesserungen der Technik des letzteren haben sich in weit über 200 Fällen bewährt; die Lebenssicherheit des jetzigen Operationsverfahrens, dessen strikte Einhaltung unter geeigneten Bedingungen vorausgesetzt, ist bewiesen; das Gebiet der bedingten Anzeige ist für den Kaiserschnitt dauernd gewonnen; mit der principiellen Aufgabe der Embryotomie des lebenden Kindes ist in das System der Mutter und Kind erhaltenden Operationen in lang ersehnter Weise der Schlussstein eingefügt. So verlockend es da für mich wäre, einen Rückblick zu werfen auf alle Fälle, welche seitdem operirt, auf alle Arbeiten, welche veröffentlicht worden sind, um danach den

---

* Instrumentenmacher Garay, Budapest, Franziskanerbazar, verfertigte das Instrument nach meinen Angaben.

[1] Siehe Centralbl. f. Gynäkol. 1890. No. 11.

jetzigen Stand der gesammten »Kaiserschnittsfrage« zu umgrenzen, so muss ich es mir doch versagen, an diese Aufgabe heranzugehen, da es mir jetzt an Zeit gebräche, sie erschöpfend zu lösen.

Ich beschränke mich darauf, einige Grundfragen zu berühren, welche ich zum Theil früher wiederholt besprach und auch heute wieder zum Gegenstand von Erörterungen machen muss.

Ich gebe zu, dass die ersten Vorschriften zur Verbesserung des Kaiserschnittes, welche mit dem ganzen Rüstzeug der damaligen Antisepsis und Laparotomietechnik auftraten, sehr verwickelte waren und manches Unnöthige, ja Schädliche forderten, was später über Bord geworfen wurde. Der Ruf nach Vereinfachung der Technik wurde laut und bald lernte man das Wichtige von dem Nebensächlichen scheiden.

Anstatt nach Einzelheiten, nach »Modifikationen« zu haschen, welche schließlich oft eher eine Verwicklung, anstatt eine Vereinfachung darstellen, ist es gewiss ersprießlicher, die Frage aufzuwerfen, welches, nach dem heutigen Stande der Dinge, die sicheren und bleibenden Grundlagen des erhaltenden Kaiserschnittes seien. Wir erkennen sie, in technischer Hinsicht, einzig und allein in der Asepsis und in der Uterusnaht.

Die technische Aufgabe eines Kaiserschnittes ist an sich einfach und typische Verhältnisse vorausgesetzt, wie für die folgenden Betrachtungen angenommen wird, stets gleich. Sie lässt sich in 5 Hauptphasen eintheilen:

Bauchschnitt		Gebärmutternaht
Gebärmutterschnitt	Entbindung	Bauchnaht.

Alle Details ordnen sich in dieselben ein. Zu diesen rechne ich auch die Blutstillung. Wenn Guéniot[2] den Ausspruch that, dass wer die Hämostase beim Kaiserschnitt sicher zu bewirken lehrte, diesem den größten Dienst erweisen würde, so ist es gleichfalls die Uterusnaht, welche diesen Dienst wirklich leistet und die Blutung aus der Uteruswunde beherrscht. Ja, wenn für die Blutstillung aus einer Wunde nichts nöthig ist, als sie in geeigneter Weise durch Naht zu schließen, also keine Unterbindung, Umstechung, Aufsuchung von Arterien, so ist diese Aufgabe für die Kaiserschnittwunde die denkbar einfachste. Nur ein einziger Fall wird berichtet, von Leopold[3], wobei trotz exakter Uterusnaht eine tödliche Verblutung aus der geschlossenen Uteruswunde stattgefunden habe. Ich theile diese Auffassung nicht und werde dies weiter unten näher begründen. Der durch Naht richtig geschlossene Uterus ist einem unverletzten Organ gleich zu achten. Nach dem Nahtschluss der Uteruswunde kann es nur aus der Höhle des Uterus nach außen bluten, ja man kann sicher sein, dass es nur da blutet, weil Verletzungen der Cervix, der Scheide und des Dammes fehlen. Die Blutung wird

[2] Bull. de l'acad. de méd. etc. 2ème Série. XIV. 1885. Juni 16.
[3] Archiv f. Gynäkol. XXXVI, 3.

dann also eine solche ex Atonia uteri sein. Dabei lassen die bisherigen Erfahrungen erkennen, dass der Kaiserschnitt an sich keineswegs häufiger atonische Blutungen im Gefolge habe, als dies nach anderen schweren Entbindungsarten, ja nach spontanen Geburten (Zwillinge) beobachtet wird. Vielmehr lässt sich nachweisen, dass der Atonie hier besondere, zum Theil sicher vermeidbare Ursachen zu Grunde liegen.

Wiederholt haben Kaiserschnittoperateure den atonischen Uterus nach dem Nahtverschluss doch noch amputirt, weil sie Verblutung nach außen fürchteten. Es ist meine Überzeugung, dass die Porro-Operation aus dieser Indikation wenigstens nicht in allen Fällen unbedingt nöthig war und in der Folge noch weitere Einschränkung erfahren wird. Man braucht sich nur nicht zu scheuen, den vernähten atonischen Kaiserschnittuterus eben so zu behandeln, wie einen anderen atonischen Uterus. Namentlich darf von der Gazetamponade nach Dührssen auch hier Erfolg erwartet werden. Schon früher hatte ich, wie derselbe auch in seiner Arbeit erwähnt, den Gedanken gefasst, u. U. den Uterus prophylaktisch mit Gaze auszustopfen[4]. Doch würde ich mich dazu doch nur entschließen, wenn der Uterus, trotz Verzicht auf die künstliche Blutleere durch Gummischlauchkonstriktion unter der Naht auffallende und anhaltende Atonie darböte. Lomer[5] hat sogar den Vorschlag gemacht, als Ultimum refugium bei atonischer Blutung den unverletzten Uterus zu amputiren, also ad hoc die Porro-Operation auszuführen. Wenn das wirklich das letzte Hilfsmittel sein soll, wird man da nicht — die Vorbereitungen zur Laparotomie erfordern doch Zeit und Beihilfe — zu spät kommen? Da möchte ich einen anderen Vorschlag machen, der in solcher Lage leichter und rascher ausführbar wäre, nämlich die künstliche Inversion und Abtragung des schlaffen Uterus von der Scheide her.

Blieben nur jene äußerst seltenen Fälle von lebensgefährlicher Blutung auf dyskrasischer Grundlage, so wie aus einem größeren, nicht thrombosirten Gefäß, Arterie oder Vene, der Placentarstelle, wovon Küstner[6] eben ein Beispiel erzählte, nicht ohne auch für diese Fälle der Hoffnung Raum zu geben, dass sie durch Gazetamponade beherrscht werden könne. Dass ein beim Uterusschnitt durchtrenntes und durch die Naht nicht mit verschlossenes Gefäß nach innen eine lebensgefährliche oder gar tödliche Blutung veranlassen könne, mag zugegeben werden: vorgekommen, geschweige nachgewiesen ist ein solcher Fall bis jetzt nicht.

---

[4] Treub hat wohl in den beiden weiter unten (siehe p. 200) berichteten Fällen, das eine Mal von der Uteruswunde nach der Scheide, das andere Mal umgekehrt, Jodoformgaze in den Uterus eingebracht: das Ausbleiben des Erfolges ist gewiss den dort erwähnten Umständen zuzuschreiben.

[5] Sammlung klin. Vorträge No. 321.

[6] Die Behandlung der Post-partum-Blutungen. Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 1.

Es hat sich auch als ganz gleichgültig herausgestellt für die Blutstillung, wenn der Uterusschnitt in seiner ganzen Länge die Placenta traf. Daher haben die Versuche, den Sitz der Placenta vor dem Uterusschnitt zu bestimmen (Halbertsma, Leopold), abgesehen von ihrem sonstigen problematischen Werth, die Dringlichkeit verloren. Gewiss ist der Blutverlust bei Placenta praevia caesarea stärker: selbst wenn sich aber als Sitz der Placenta die vordere Corpuswand vorher sicher feststellen ließe, so würde ich doch lieber einen vorderen, als einen hinteren Längsschnitt (Cohnstein) oder gar Querschnitt (Kehrer) wählen und zwar außer um der sonstigen Vortheile des vorderen Längsschnittes willen, der gleich dem Schnitt in der Linea alba (Deleurye) nun als fest angenommen gelten kann, auch desswegen, weil der hintere Längsschnitt zu einer Retrofixatio uteri durch Verwachsung mit der hinteren Bauchwand führen müsste.

Damit glaube ich dargethan zu haben, dass die Hämostase kein Hauptstück der Kaiserschnitttechnik ist, weil sie von der Uterusnaht mit geleistet wird, so weit sie die Uteruswunde betrifft und die Blutungen aus dem Uterusinneren sich nicht anders verhalten, als bei unverletztem Organ. Man darf die Blutstillung nicht verwechseln mit der Blutersparung. Ob die künstliche Absperrung des Blutes für die Zeit des Uterusschnittes und der Uterusnaht mittels elastischem Schlauche eine Blutersparung bewirkt, ist nach den vorliegenden Erfahrungen sehr fraglich. Man hat durch dieselbe wohl den Vortheil, unter Blutleere manipuliren und nähen zu können: dafür ist aber die Blutung nach Abnahme des Schlauches um so stärker aus allen offenen Gefäßen und kann durch muskuläre Atonie bedrohlich werden[7]. Ich will die bekannten Nachwirkungen der Esmarch'schen Blutleere hier nicht näher ausführen; dass sie sich für ein ganz aus Muskeln und Gefäßen bestehendes Organ, wie den Uterus, geltend machen müssen, ist unbestritten. Gewiss kommt es auf den Grad und die Dauer der Konstriktion an: ist dieselbe nur eine mäßige und kurzdauernde, so braucht gar keine das erwünschte Maß überschreitende Erschlaffung des Uterus nebst Blutung die Folge zu sein. Nur ist dieser mäßige Grad der Konstriktion schwierig zu bemessen.

Ganz anders, wenn dieselbe durch die Hände eines sachverständigen Assistenten ausgeübt wird. Hier kann der Druck vorzüglich gegen die großen Gefäße gerichtet, er kann während einer Zusammenziehung des Uterus nachgelassen werden; die komprimirenden Hände erhalten dabei den letzteren ruhig und unbeweglich, wenn anders nicht Drehungen, Erhebung oder Senkung des Organs gewünscht wird. Ganz aufgehoben wird der Blutzufluss durch die Handkompression nicht, aber er ist mäßig und der Uterus zeigt bessere Neigung zu anhaltender Zusammenziehung: daher ist die absolute Blutersparung bei der Handkompression, für deren ausschließliche

[7] Vgl. hierüber Näheres bei Caruso, Arch. f. Gynäk. XXXIII, p. 258 u. 259.

Anwendung sich auch besonders Schauta ausgesprochen hat, doch schließlich größer, als bei der Gummischlauchkonstriktion. Die Handkompression hat auch den wesentlichen Vortheil, dass man größere blutende Gefäße und Sinus erkennen und durch entsprechende Nahtlegung sicherer verschließen kann.

Die Schwierigkeit ihrer Ausführung aber ist mir gerade bei meinem letzten Kaiserschnitt recht inne geworden und sann ich nach, wie man sie irgendwie in mechanischer Weise nachahmen könne. Ich glaube, dass dies auf folgende Weise angeht, was ich bald zu erproben hoffe. Man schlinge eine 6—8 cm breit zusammengelegte Mullserviette wie eine Kravatte um das untere Uterinsegment, raffe die Enden an einer Seite, vorn oder hinten, je nach Bequemlichkeit zusammen, kreuze sie dicht am Uterus und lasse sie durch eine Hand des Assistenten straff halten (siehe Fig. 1). Will man stärker komprimiren, so drehe man die gekreuzten Enden der Serviette zwei-, dreimal und halte sie fest, wie es Fig. 2 zeigt. Natürlich könnte man statt der Hand auch eine geeignete Klammer anlegen.

Fig. 1

Während der fest angezogene Gummischlauch sich um das untere Uterinsegment eine schmale Rinne gräbt (siehe Fig. 3), vertheilt die breite Mullkravatte, deren Druck leicht durch eine Hand regulirt werden kann, diesen auf eine größere Fläche, wodurch die Nachtheile der Kompression entschieden gemindert werden müssen.

Eine solche Serviettenbandagirung hätte auch den Vortheil, dass herabfließendes Blut aufgesogen würde. Ganz gut könnte man auch eben desshalb mehrere Servietten herumschlingen. Ja, es muss möglich sein, die Konstriktion des unteren Uterinsegmentes durch die Ränder der Bauchwunde zu bewerkstelligen: man brauchte dieselben nur stark nach oben gegen den Nabel hin anziehen und dicht an den Uterus anschließend durch einen oder zwei breite Muzeux abzuklemmen (siehe Fig. 4).

Weiter kann Blutersparung erzielt werden durch rasches, geübtes Operiren, gute Assistenz; durch vollständige Lösung der Nachgeburt in einem Stücke; durch öftere Massage des Uterus während

Fig. 2.

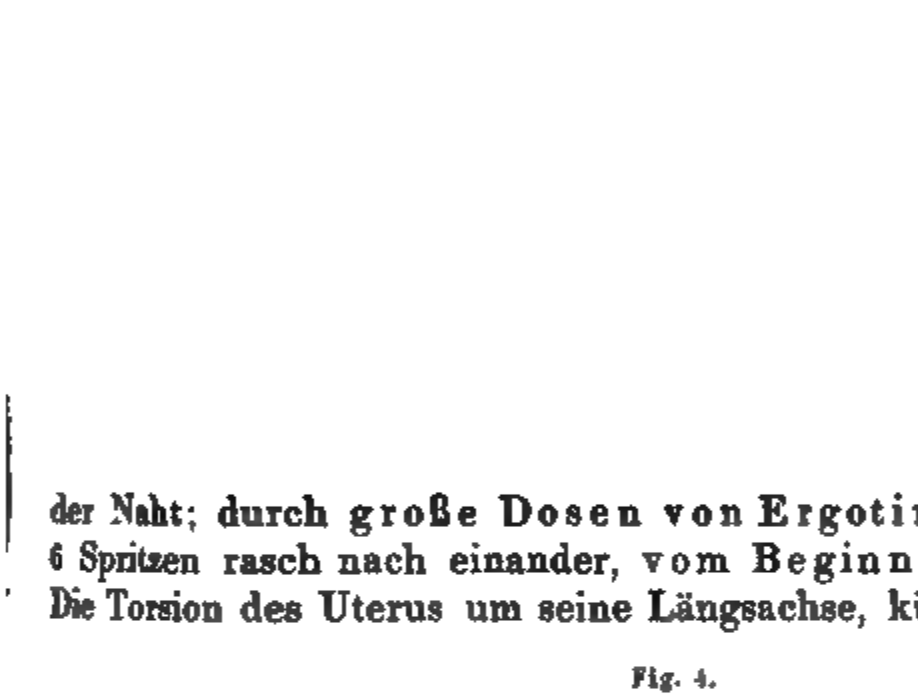
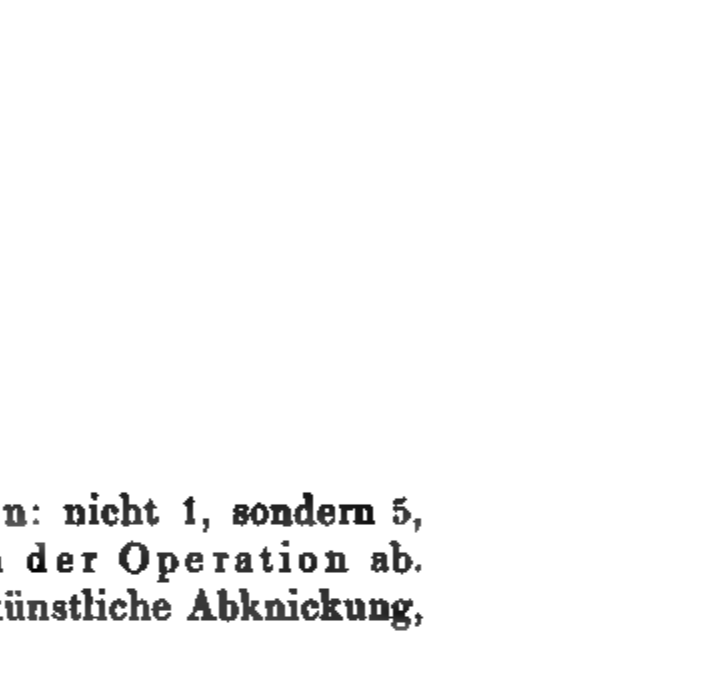
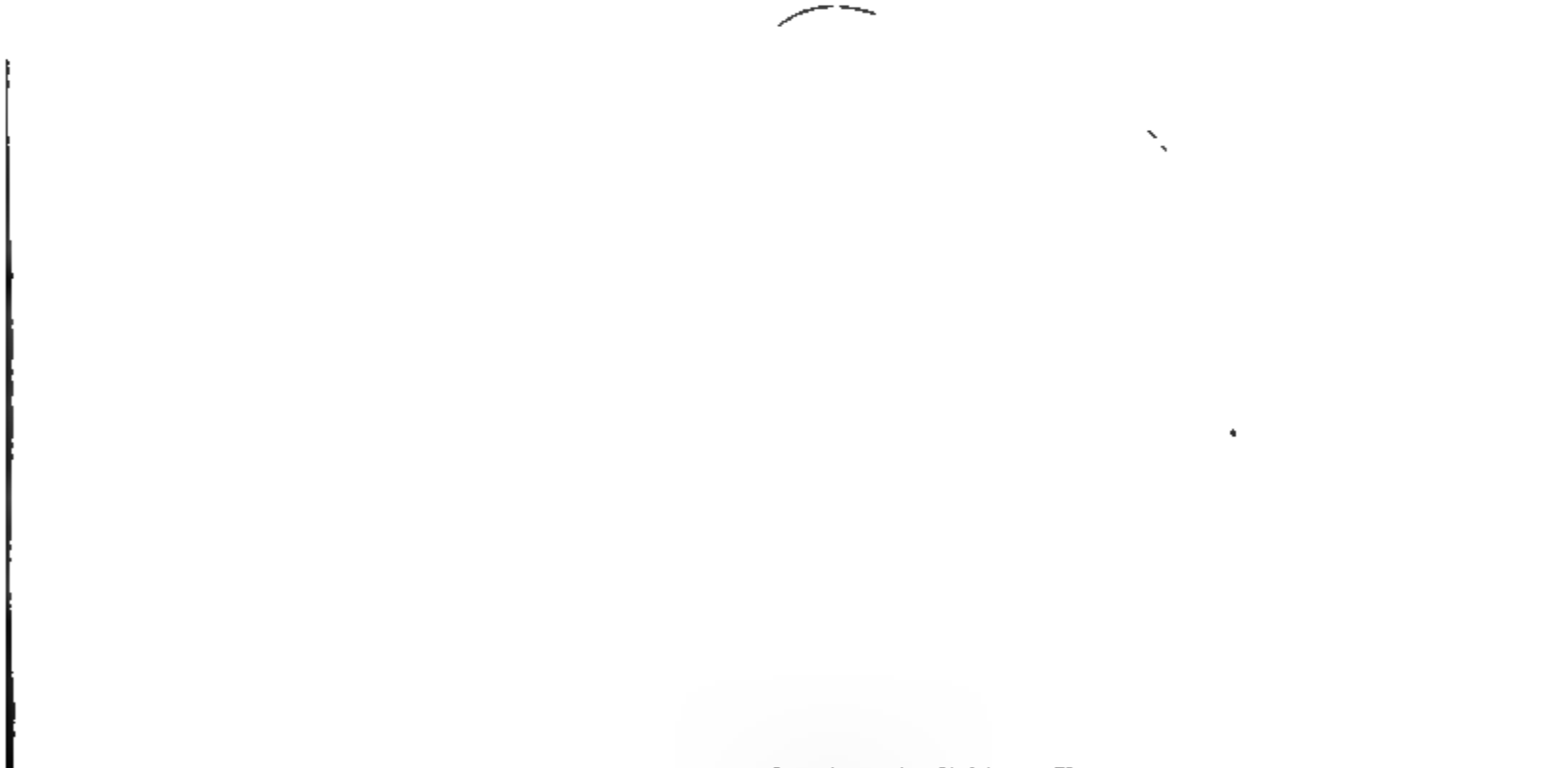


Fig. 3.



der Naht; durch große Dosen von Ergotin: nicht 1, sondern 5, 6 Spritzen rasch nach einander, vom Beginn der Operation ab. Die Torsion des Uterus um seine Längsachse, künstliche Abknickung,

Fig. 4.



MS Mullservietten. *M*₁ *M*₂ Muzeux, welche die Bauchwunde dicht am Uterus geschlossen halten. *M*₃ Höher oben eingesetzter Muzeux.

als welche nur eine solche nach hinten angänglich ist, damit die vordere Uteruswand mit der Schnittöffnung nach oben gerichtet bleibe, haben sich nicht als sonderlich leistungsfähige Blutersparungsmittel bewährt: gesetzt, es käme dabei auch zu einer theilweisen Ab-

knickung der großen Gefäße, die Blutwelle bricht sich doch durch dieselbe Bahn. — Dass die angeführten Mittel zur Blutstillung völlig ausreichen und eine wesentliche Blutersparung ermöglichen, lehrt ein Blick auf meine und Caruso's Statistiken: nur eine verschwindend kleine Zahl von Todesfällen — es sind wohl nur zwei[8] — sind auf Verblutung nach außen im Anschluss an die Operation zurückzuführen, ohne dass vielleicht auch dieser die alleinige Schuld dafür aufgebürdet werden kann.

Wenn H. Treub[9] allein 2 Fälle von Tod an Verblutung erlebte (in dem 1. Fall, wobei der Uterus schließlich noch amputirt wurde, starb die Frau erst am 3. Tage p. operat., in dem 2. gleich nachher), so ist wohl nur der Umstand daran Schuld gewesen, dass in tiefster Schwangerschaft ohne Wehen operirt wurde. Es ist das gerade so, als ob man eine Geburt ohne Wehen verlangen wollte. Diese üblen Erfahrungen waren wohl nicht erst nöthig, um die längst feststehende Erfahrung, dass der geeignetste Zeitpunkt für die Vornahme des Kaiserschnittes das Ende der ersten Geburtsperiode sei, nochmals zu erweisen. Auch gebührt nicht P. Bar, wie J. Veit meinte (Gynäkologenkongress zu Freiburg), das zweifelhafte Verdienst, diese Frage, ob nicht auch schon in der Schwangerschaft (konservativ) operirt werden könne, aufgebracht zu haben, sondern R. Barnes (Obstetr. operations 1876 p. 426). Allerdings hatte auch Schröder sich dafür ausgesprochen, aber doch nur theoretischer Weise: danach gehandelt hat er niemals. P. Bar und J. Veit, so wie auch van der Meij, der gleichfalls 2mal in der Schwangerschaft operirte und furchtbare atonische Blutung bekam, hatten Glück: ihren Fällen stehen als Warnung die beiden von Treub gegenüber, welcher am Schluss seiner Arbeit denn auch versichert, »es nie wieder zu thun«. Gewiss soll man, worauf am ersten R. P. Harris nachdrücklich hingewiesen hat, so früh wie möglich operiren, aber nie vor dem Auftritt echter Geburtswehen, nie in der Schwangerschaft. Ist man überhaupt in der Lage, einen Kaiserschnittfall so früh zu bekommen, so hat man es auch in der Hand, ihn bis zum geeignetsten Zeitpunkt der Operation aseptisch zu halten, worauf es den Frühoperateuren neben dem Vortheil, zur selbstgewählten Stunde operiren zu können, einzig und allein ankam.

Die Frage von der Zulässigkeit eines »künstlichen Frühkaiserschnittes«, eines »Schwangerschaftskaiserschnittes« dürfte nunmehr wohl endgültig abgethan sein.

Ein wesentlicher Umschwung ist im Begriffe sich zu vollziehen auf dem Gebiete der Vorkehrungen gegen die Gefahren der Wundinfektion, wie sie durch die Laparotomie und die Eröffnung des Uterus von der Bauchhöhle her gegeben sind.

---

[8] No. 28 der Listen (Arch. XXX): Krukenberg-G. Veit, Die Blutung bildete nicht die einzige Todesursache. — No. 67 (Arch. XXXIII): Doléris, Der Tod erfolgte erst 44 Stunden p. op., also auch nicht im Anschluss an die Operation.

[9] Nouv. arch. d'obstetr. et de gyn. 1888. p. 447.

Die Weiterbildung der Antisepsis zur Asepsis muss auch der Technik der »geburtshilflichen Laparotomie«, des Kaiserschnittes zu gute kommen. Der Glaube an die alleinige Schutzkraft antiseptischer Lösungen für die Hände, Instrumente, Schwämme ist erschüttert; sie sind für die Bauchhöhle als Gifte erkannt, welche durch ihre schädliche Einwirkung auf das Peritoneum der septischen Infektion vielfach erst den Boden bereiteten oder durch schwere Reizung lebenswichtiger Ausscheidungsorgane (Nieren) todbringend wirken können (Senger). Wenn es auch für den Menschen noch nicht erwiesen ist, dass selbst Reinkulturen von Streptokokken und Staphylokokken für die normale Peritonealhöhle harmlos seien (Grawitz), so kann es doch nach den klinischen Erfahrungen als ausgemacht gelten, dass selbst bei Gegenwart von Blut, Serum, Cystenflüssigkeit in der Bauchhöhle das Hineingelangen von Mikroorganismen, auch pathogener Art, unschädlich bleibt, wofern nur die Peritonealmembran nicht durch chemische Reize alterirt und die Thätigkeit des Herzens und der Nieren ungestört ist. Die aseptischen Vorkehrungen gegenüber den antiseptischen bezwecken daher einerseits die weitest mögliche Verminderung pathogener Keime durch wirksamere Mittel, als es die bekannten chemischen Antiseptica sind, nämlich durch die trockene Hitze, kochendes Wasser, strömenden Dampf, durch mechanische Maßregeln, andererseits die Vermeidung jedweder chemischen Reizung der Peritonealmembran bei thunlichster Trockenlegung der Peritonealhöhle. Gerade letztere Forderung brachte mit Nothwendigkeit eine abermalige Wiedereinsetzung der Drainage mit sich, die in ihrer gleichfalls aseptischen Ausführung auf ganz bestimmte Indikationen dem früheren Vorwurf der Gefahr sekundärer Infektion nicht mehr ausgesetzt ist.

Dieses Programm nähert sich allerdings sehr der »perfect cleanliness« von Lawson Tait und Bantock, ist aber von deren Anschauungen dadurch wesentlich geschieden, dass es voll und ganz auf dem Boden der Infektionslehre steht, welche von diesen nicht anerkannt, ja verhöhnt wird. So ist es uns möglich, den Arbeiten von Grawitz, Pawlowski, Bumm, Predöhl, E. Fraenkel u. A. vollste Beachtung zu schenken, ohne durch Verwerfung chemischer Antiseptica für Operationen in der Bauchhöhle in einen Widerspruch zu gerathen. So erkennen wir in der Sterilisation von Instrumenten und Utensilien zur Operation, in dem Gebrauche des Sublimates vor der Operation für unsere »mechanisch desinficirten« Hände, für das äußere Operationsgebiet werthvolle, noch unentbehrliche Mittel, eben jene »vollkommene Reinlichkeit« auch im bakteriologischen Sinne zu erzielen, welche wir Asepsis nennen.

Erst jetzt wird es uns recht verständlich, dass in der vorantiseptischen Zeit wenigstens ein kleiner Bruchtheil der durch Kaiserschnitt Operirten, oft ohne jede Wundinfektion, genesen konnte, eben durch die günstigen Umstände einer zufälligen Asepsis. Jetzt giebt es hier keinen Zufall mehr. Wir kennen die Bedingungen der

Asepsis und vermögen sie uns mit mehr oder minder großer Vollkommenheit allerwärts zu schaffen, in jeder Stadtwohnung, in jedem Bauernhause, in der ärmsten Hütte, wenn nur Verständnis dafür obwaltet und Geschick, sich den Verhältnissen anzupassen. Man beliebt so gern den modernen Arzt mit den Praktikern der guten alten Zeit auf eine Stufe zu stellen. Mit welchem Rechte? Wer hatte früher die meisten Heilungen bei Kaiserschnitt aufzuweisen? Die Landärzte und nicht die Kliniken. Jetzt werden an diesen Kaiserschnitte en masse ausgeführt, trotzdem die Kraniotomie für die Mütter 0% Sterblichkeit betragen soll[10]. Wesshalb sollten aber die mit der Zeit fortgeschrittenen Ärzte und gerade die fern von Kliniken wirkenden Geburtshelfer nicht auch den modernen Kaiserschnitt mit Erfolg ausführen können? Gerade durch die Asepsis werden sie es öfter und besser können. Man darf wohl voraussetzen, dass der strebsame Durchschnittsarzt lernen könne, sich selbst, seine Instrumente und Utensilien, das Operationsgebiet aseptisch zu machen; man darf annehmen, dass er im Besitze wenigstens von aseptischer Nähseide, von Sublimat (in Lösung, Pulver- oder Pastillenform), von Brunsscher Watte, von Verbandgaze sei: Vorrath davon kann heut zu Tage aus der nächsten Apotheke rasch geholt werden. Mehr ist, außer den Instrumenten, die der Arzt eben auch haben muss, nicht nöthig. Schwämme namentlich sind es nicht, wenn sie auch, in zuverlässig aseptischer Zubereitung, eine angenehme und praktische Verwendung finden, das wichtigste »Asepticum« ist Wasser. Mit heißem Wasser, Seife und Sand reinigt der Arzt seine Hände — »mechanische Desinfektion« — und mache energischen Gebrauch von der Nagelschere. Dann kommt Spiritus oder Spiritus mit Seife und zuletzt Sublimatlösung an die Reihe. Die Instrumente werden in kochendem Wasser im Ofen, auf dem Herde, über einer Gas-

---

[10] Leopold, welcher unter allen Geburtshelfern der Vergangenheit und Gegenwart absolut die meisten Kaiserschnitte ausgeführt hat, kommt jetzt zu dem etwas überraschenden Ergebnis (Arch. f. Gynäk. XXXIV, 2. p. 316), dass »der erhaltende Kaiserschnitt nur in den seltensten Fällen an die Stelle der Kraniotomie gesetzt werden könne«. Und doch hat Leopold unter bis dahin 25 Fällen nur 2 = 8% verloren, während er von 99 Perforationen 7 = 7% einbüßte. Setzen wir den Fall — Leopold bedient sich ja auch solch »konditionaler Statistik« — der 100. war auch ein Todesfall, so wäre das Mortalitätsprocent ganz gleich. Niemand wird der Klinik Leopold's an jenen Todesfällen eine »Schuld« beimessen, wovon er spricht, aber sie sind doch in der Anstalt nach der Kraniotomie gestorben; folglich geht es doch nicht an, sie ohne Weiteres zu streichen und statt 99 Fällen mit 7 Todesfällen zu setzen 92 Fälle mit 0% Mortalität, um so weniger, als auch 92 Fälle mit keinem Todesfall noch nicht 0% Mortalität sind. Wenn Leopold auch 2 Fälle von Kraniotomie, die an Eklampsie starben, wegstreicht, so müsste er dasselbe mit seinem einen Kaiserschnitttodesfall thun, wo ebenfalls Eklampsie vorlag. Dann betrüge — immer nach konditionaler Statistik — die Kaiserschnittmortalität Leopold's gar nur 4%. Quod erat demonstrandum! — Übrigens beträgt die Leipziger Kaiserschnittmortalität (22 Fälle der Klinik unter Credé und Zweifel nebst weiteren 3 eigenen Fällen) gerade 4%. Gestorben ist nur der eine Fall von Weber, an Sepsis.

flamme, je nachdem, sterilisirt; eben so die zu Operationsservietten dienenden Mullstücke, die zum Belegen des Operationsgebietes dienenden Handtücher, welche dann gleichfalls in Sublimatlösung gebracht werden können, um vor dem Gebrauch wieder ganz davon befreit und in reines, gekochtes und durch einen gewöhnlichen Trichter mit eingelegter Watte filtrirtes Wasser gelegt zu werden. Die sterilisirten Instrumente werden gleichfalls in solches Wasser gebracht: auf den Zusatz von etwas Karbolsäure lege ich gar keinen Werth.

Hat der Operateur auf dem Lande keine reine, leinene Operationswäsche mit, so lasse er sich — man lache nicht! — ein reines Hemd geben und benutze es mit der Rückenseite vorn als Operationsrock.

Die aseptische Zurüstung der Bauchhaut ist die gewöhnliche, überall durchführbare. Bei einer infektionsfrei zur Operation kommenden Kreißenden ist Ausspülung der Scheide oder gar der Cervix, Ausstopfung der Cervix und der Scheide mit Gaze durchaus unnöthig. Der uneröffnet aus der Bauchhöhle herausgewälzte Uterus — nur bei guter, geübter Assistenz kann dieser in situ gelassen werden bis nach Entwicklung des Kindes — werde auf aseptische Verbandstoffservietten oder Handtücher gelagert. Die Uterushöhle soll weder mit Karbol, noch mit Sublimat ausgewischt werden. Auch Einbringen von Jodoformpulver ist unnöthig. Vor der Zurückbringung in die Bauchhöhle werde der durch Naht geschlossene Uterus nur mit wassergetränkter Serviette gereinigt und in die Nahtlinie kein Jodoform eingerieben. Dieselbe Serviette, welche nach Herauswälzung des Uterus über die Därme gebreitet war, kann bis zur Anlegung der tiefen Bauchwandnähte liegen bleiben. Auf die geschlossene Bauchwunde wird Jodoformpulver gestreut, nicht in seiner etwas zweifelhaften Eigenschaft als Antisepticum, sondern in Ausnutzung seiner werthvollen Ptomainentwicklung und Eiterung verhindernden »austrocknenden« Wirkung. Darüber kommen einige Streifen Jodoformgaze, so wie, als ganzer Verband, 2 große Stücke frisches, gutes, d. h. ohne jede Erwärmung klebendes Heftpflaster von der Größe eines halben Bogens Schreibpapier, das die Wunde hermetisch abschließt. Darüber kann, auf einem Stück Kautschukpapier, eine Eisblase gelegt werden.

Da die Übertragung der Principien der Asepsis auf den Kaiserschnitt noch von keiner Seite zur Sprache gekommen ist, so habe ich sie hier etwas ausführlich vorgebracht, da sie ganz entschieden einen weiteren, wesentlichen Schritt vorwärts in der Richtung größerer Vereinfachung der Technik und größerer Lebenssicherheit darstellt. Man denke nur nicht, dass schon Alle die anscheinend nicht sehr markanten Unterschiede zwischen Antisepsis und Asepsis bei Laparotomien erfasst hätten und danach handelten. Es giebt noch mehr Chirurgen und Gynäkologen, als man denken sollte, welche sich »fürchten« den Spray wegzulassen, geschweige die antiseptischen Lösungen für die Schwämme, Servietten etc. Man denke auch nicht,

dass in den Kliniken heut zu Tage annähernd gleich operirt werde mit Bezug auf Vorkehrungen gegen Wundinfektion. Um wie viel weniger geschieht dies aber in der Praxis! Desshalb hielt ich es hier für um so mehr angebracht, das Wesen der Asepsis in ihrer Verwendung für den Kaiserschnitt praktisch zu erläutern, als dies, in allgemeiner Form, bei uns, abgesehen von meiner eigenen früheren Auslassung über diese Sache (Centralblatt 1889, No. 25 u. 32), erst von Wenigen, Hofmeier, J. Veit, Rein, Fritsch und besonders eingehend vom chirurgischen Standpunkt durch Arthur Barth geschehen ist.

Kasuistik.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 14. Februar 1890.

Vorsitzender: Herr Olshausen; Schriftführer: A. Martin.

Auf Antrag des Vorstandes werden die Herren Veit und Tamm (Letzterer als Stellvertreter des Ersteren) zu dem Komité delegirt, welches von dem Organisationskomité des X. internationalen medicinischen Kongresses einberufen ist, um über die von der Berliner Ärzteschaft dem Kongress darzubringende Festlichkeit zu berathen.

I. Demonstrationen.

a) Herr Gottschalk legt einen Uterus vor, den er vor einigen Stunden durch die vaginale Totalexstirpation gewonnen hat. Das Präparat entstammt einer 51jährigen Frau, die 12mal ausgetragen geboren hat, bis vor 1 Jahr regelmäßig, wenn auch stets stark, menstruirt und früher stets gesund war. Seit 1 Jahr litt Pat. an unregelmäßigen, sehr starken Blutungen. Als Ursache für diese Blutungen fand sich bei der Untersuchung ein bereits in Ulceration begriffenes Carcinom des Halstheiles der Gebärmutter. Die krebsige Erkrankung war, wie aus dem Präparat jetzt noch zu ersehen ist, von der Cervicalschleimhaut dicht über dem äußeren Muttermund ausgegangen und dann auf die Vaginalportion weiter fortgeschritten. Das Interessante an dem Uterus, der, nebenbei bemerkt, in seiner Höhle 11 cm misst, scheint G. eine circumscripte Veränderung der Körperschleimhaut im Fundus zu sein, die einen deutlichen Knoten hier erkennen lässt, den man wegen seiner härteren Konsistenz und seinem Aussehen bei der makroskopischen Betrachtung wohl für eine Krebsmetastase ansehen durfte. Diese veränderte Partie der Körperschleimhaut ist von dem Krebs der Portio durch anscheinend ganz gesunde Schleimhaut getrennt. Bei der Kürze der Zeit war es G. noch nicht möglich, diese letztere Annahme durch die mikroskopische Untersuchung zu erhärten. Sollte die mikroskopische Untersuchung, wie es nach dem makroskopischen Bilde nicht zweifelhaft zu sein scheint, ergeben, dass wir es wirklich mit einer Krebsmetastase im Fundus uteri hier zu thun haben, so wäre das vorliegende Präparat ein erneuter Beweis dafür, dass in allen operablen Fällen von Krebs der Gebärmutter die Totalexstirpation zu machen ist.

Herr Bröse bezweifelt die Diagnose der krebsigen Erkrankung der Corpusschleimhaut.

Herr Gottschalk verspricht die betreffenden Präparate zur nächsten Sitzung zur Betrachtung aufzustellen.

b) Herr Gebhard stellt einen Uterus mit Ovarien vor, welcher durch die Sektion gewonnen wurde. Derselbe stammte von einer Pat., welche 9 normale Wochenbetten durchgemacht hatte und seit dem 53. Jahre im Klimakterium stand. Ende November vorigen Jahres traten bei der sonst völlig gesunden Frau schneidende Leib- und Kreuzschmerzen auf, verbunden mit Blutwasserabgang aus der Scheide. Am 20. Januar 1890 suchte Pat. die kgl. Frauenklinik auf und wurde

als an inoperablem Carcinom leidend auf die septische Station gelegt. Während ihres Aufenthaltes daselbst bewegte sich die Körpertemperatur zwischen 38° und 40,5°. Der Ausfluss war mäßig, eitrig, leicht übelriechend. Die Schmerzen gering. Unter zunehmendem Marasmus erfolgte am 31. Januar der Exitus.

Die Sektion ergab zunächst eine vollständige gleichmäßige carcinomatöse Degeneration der gesammten Uterusmuskulatur. Man erblickt makroskopisch auf dem Durchschnitt der Uteruswand außer spärlichen grauröthlichen Muskelfaserzügen circumscripte, weiße, markige Carcinomnester. Die maligne Entartung erstreckt sich sowohl auf die Wandung des Corpus wie der Cervix und reicht hinten und rechts auch auf das Scheidengewölbe; der übrige Theil der Scheide ist völlig intakt. Die Ausgangsstelle des Carcinom ist bei der gleichmäßigen Veränderung aller Theile nicht erkennbar. Der Uterus ist vergrößert und enthält in seiner Höhle etwas Eiter. — Die Ovarien, von denen das rechte tauben-, das linke hühnereigroß ist, haben eine höckerige Oberfläche. Auf dem Durchschnitt gewähren sie fast denselben Anblick, wie die durchschnittene Uteruswand: zwischen grauen Bindegewebszügen weiße Carcinommassen. Von den Geschlechtsorganen hat sich das Carcinom zunächst per contiguitatem auf das benachbarte Peritoneum festgesetzt, welches überall kleine Knötchen trägt. Aber auch auf dem Wege der Lymphgefäße hat das Carcinom um sich gegriffen: längs der V. cava zieht sich ein daumendicker Strang geschwollener Lymphgefäße und -drüsen bis in die Gegend des letzten Brustwirbels. Besonders interessant ist, dass auch die Inguinaldrüsen, obwohl das Carcinom die unteren Theile der Scheide frei lässt, Carcinom enthalten. — Mikroskopisch handelt es sich sowohl beim Uterus als bei den Ovarien um eine äußerst kleinalveoläre Form des Carcinom. Hinsichtlich des mikroskopischen Befundes der Inguinaldrüsen ist zu bemerken, dass die centralen Partien noch frei sind von Carcinom, während von der Peripherie her das Carcinom anscheinend auf dem Wege der Lymphkapillaren in die Drüse hineinwächst.

c) Herr Olshausen legt ein Präparat von Elephantiasis vulvae et clitoridis vor. Besonders erschien die linke Seite afficirt; dabei war insulärer Zerfall bemerkbar. Die ganze Masse wurde mit einem Theil der hinteren Scheidenwand entfernt. Ähnliche Processe umsäumten den Anus, doch handelte es sich hier um hämorrhoidale Knoten. Die Rectalschleimhaut war verdickt und faltig.

Nachdem in der ersten Sitzung diese Masse der Vulva abgetragen, hat Herr Olshausen in einer zweiten den Uterus wegen Carcinoma colli vaginal exstirpirt, dann erst die Plastik der äußeren Theile vollendet.

Die Ätiologie ist zweifelhaft, besonders ließ sich Lupus nicht nachweisen.

A. Martin fragt, ob nicht Lues dabei im Spiel sei. Herr Olshausen verneint das und stützt sich dabei auf die Diagnose von O. Lassar.

Herr Gusserow spricht sich nach Analogie zahlreicher eigener Beobachtungen für die luetische Natur des Leidens aus. Ihm sind diese Fälle vielfach in der Charité zur Beobachtung gekommen, zum Theil direkt von der syphilitischen Abtheilung dieses Krankenhauses. Der antisyphilitischen Behandlung sind dieselben nicht zugänglich. Die Narbenbildungen nach Operationen sind sehr unbefriedigend. Zu den eigenen citirt Herr Gusserow noch die Beobachtungen Anderer, A. Martin eine seiner Zeit in der geburtshilflichen Gesellschaft von E. Martin demonstrirte.

Herr Olshausen muss zugeben, dass die Verhältnisse der Mastdarmschleimhaut für Syphilis sprechen; er fragt, ob Herr Gusserow auch schon Tumoren von solcher Größe gesehen, was Herr Gusserow bejaht.

II. A. Martin: Über einen Fall von Pankreascyste.

Die betreffende Pat. war 1873 von E. Martin laparotomirt worden; da er den Darm in sehr großer Ausdehnung mit dem Tumor verwachsen fand, schloss er die Bauchwunde, ohne die Geschwulst weiter zu berühren. Vortr. hatte damals assistirt und erinnerte sich des Befundes sehr gut, als im Oktober 1889 Pat. sich an ihn wandte. Leibesumfang 145 cm, große Diastase der alten Bauchwunde. Genitalien geschrumpft. Der Tumor liegt in einem kolossalen Hängebauch. Bauchschnitt in der alten Narbe; die Geschwulst liegt subserös, hat das Bauchfell von hinten und links her vorgedrängt, trägt das Colon descendens von oben links bis

unten rechts, so dass sie wie in dessen Mesocolon zu liegen scheint. Einschnitt parallel dem Darm. Subseröse Ablösung der Geschwulst. Dann Entleerung von ca. 15 Liter Flüssigkeit. Der Sack reicht über die Wirbelsäule nach rechts, unter Magen, bis an den Zwölffingerdarm. Auslösung. Große Gefäße in der Tiefe, oben Arterien, unten kolossale Venen. Zuletzt bleibt an einem stumpfen Ende eine Art Stiel, der mit Katgut abgebunden wird. Operation fast unblutig. Das Bett der Geschwulst legt sich zusammen, Därme füllen die Bauchhöhle aus. Resektion der alten Bauchschnittnarbe und der überschüssigen Bauchwand. Heilung ganz ohne Störung. Pat. jetzt andauernd vollständig wohl; keine Befindensstörung, keine Spur von Diabetes. Der Inhalt der Cyste enthielt blutig untermischte Flüssigkeit, reichlich Eiweiß und Mucin, viel Cholestearinkrystalle. Auf saccharificirende und peptonisirende Wirkung konnte in Folge Verunreinigung nicht untersucht werden.

Die Geschwulst enthält an der Peripherie des cystischen Raumes eine derbere Masse, 18 cm lang, 5 cm breit, in der massenhafte kleine und größere Cysten liegen. Dazwischen stark verdicktes interstitielles Gewebe mit sehr dickwandigen Gefäßen, Fett- und Bluteinlagerung und Drüsenresten, welche allerdings nur verfettete Drüsenepithelien noch enthalten. Ductus Wirsungianus nicht herauszufinden.

Diese Geschwulst muss als eine cystische Degeneration einer durch chronische interstitielle Pankreatitis zu Grunde gegangenen Bauchspeicheldrüse angesehen werden, die bis jetzt nach der Litteratur in ihrer Größe und Entwicklung eben so einzig dasteht, wie in ihrem klinischen Verlauf. Pat. hatte zuerst vor 27 Jahren (im 23. Jahre) in ihrem ersten Wochenbett eine Geschwulst links über dem Nabel bemerkt, die bekannten Erscheinungen, Neuralgia coeliaca, Steatorrhoe, Diabetes, Abmagerung etc. fehlten. Pat. hat noch 5mal geboren, ihre Kinder genährt. Nie Ikterus u. dgl. Die Größe der Geschwulst war die einzige Klage.

Vortr. sucht aus diesem chronischen Verlauf die Abwesenheit der sonst so charakteristischen Folgen der Pankreasentartung zu erklären. Auch gegenüber dem von E. Küster so klar präcisirten Bilde der Pankreascyste muss die Abweichung in diesem Falle, besonders durch die Entwicklung der Cyste im Schwanzende, erklärt werden.

Für die nach dem Küster'schen Typus sich akut entwickelnden Cysten des Kopftheiles mag die Fistelbildung das richtige Verfahren sein. Besser jedenfalls Exstirpation, daher ist immer zunächst festzustellen, ob diese möglich.

(Der Vortrag wird in extenso in Virchow's Archiv, April 1890, abgedruckt.)

In der Diskussion berichtet Herr Jürgens, dass er bei Pankreascysten und anderweiten Erkrankungen dieser Drüse, sowohl hämorrhagischen als entzündlichen und carcinomatösen, einer großen Varietät der klinischen Symptome begegnet sei und dass der Fall des Herrn Martin diese Erfahrung in demselben Sinne bereichere. Er bewundert die Operation und die Genesung; es würde interessant sein, dermaleinst den lokalen Befund bei der Autopsie zu konstatiren. Übrigens hält er selbst die ausgestellten Präparate für Pankreasgewebe und bezweifelt nicht, dass es sich in der That bei dieser Kranken um eine Pankreascyste gehandelt hat.

Sodann legt er das Pankreas eines Diabetikers, der 7 Jahre krank war und plötzlich verschied, vor. Hier ist das Drüsenparenchym ganz geschwunden, im Duct. Wirsungianus lagen nur Konkremente von kohlensaurem Kalk.

In 2 anderen Fällen plötzlicher Abmagerung sonst kräftiger Männer trat plötzlich der Tod ein, und fand hier Herr Jürgens wesentlich nur den Schwund des Pankreas; der Tod war allerdings beide Male durch hypostatische Pneumonie veranlasst.

---

2) Fränkel und Kaufmann. Zur Diagnostik der Unterleibsgeschwülste.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

F. fand bei einer Pat. eine ovoide doppeltmannskopfgroße elastische, undeutlich fluktuirende Geschwulst im Leibe, von ziemlich glatter Oberfläche, wenig beweglich, ins kleine Becken hinabragend, mit den Genitalien in keiner nachweisbaren Verbindung stehend, dagegen nach links oben in die Milzgegend ohne

fühlbare Grenze übergehend. Die Hauptmasse des Darmes lag hinter und über der Geschwulst, und eine Darmschlinge quer vor ihr dicht über der Symphyse. Der Uterus myomatös verdickt, das rechte Ovarium normal, »an Stelle des linken mehrere rundliche weiche Auswüchse«. In der rechten Inguinalgegend eine über walnussgroße, harte, wenig bewegliche Drüsenanschwellung. F. nahm eine — wahrscheinlich bösartige — Geschwulst des Netzes an und machte den Probeeinschnitt. Es quoll eine blasenmolenartige, äußerst brüchige und bröckelnde Geschwulstmasse hervor: ein in breiter Verbindung mit dem Magen stehender Netztumor, der zahlreiche Metastasen am Bauchfell gemacht hatte. Die an Stelle des linken Ovariums gefundenen Auswüchse waren Metastasen an der linken Uteruskante, während das Ovarium links wie rechts unverändert war. Von dem Versuch einer totalen Entfernung musste Abstand genommen werden. Die Geschwulst erwies sich nach der Untersuchung von K. als ein »Myxosarcoma teleangiectodes haemorrhagicum«.

F. weist darauf hin, dass nicht alle größeren bösartigen Netzgeschwülste, wie man bisher annahm, von Ascites begleitet sein müssen, und dass gewisse Formen von Sarkom des Bauchfells langsam wachsen und erst spät Zeichen der Bösartigkeit aufweisen. F. bespricht die diagnostischen Gesichtspunkte und empfiehlt die kombinirte Bauchdecken-Scheiden-Mastdarmuntersuchung.

Die Sektion der am 4. Tage an Peritonitis verstorbenen Frau, von K. ausgeführt, lehrte, dass die Geschwulst ihren Ausgang von der hinteren Wand der Bursa omentalis, wo sich die größten und am meisten in der Rückbildung begriffenen Geschwulstmassen fanden, genommen hatte, und dass die Metastasen vorzugsweise das Netz und das gesammte Bauchfell, aber auch die Leber und die linke Niere betroffen hatten. **Pfannenstiel** (Breslau).

3) **Münchmeyer.** Über die Endergebnisse und weitere Ausdehnung der vaginalen Totalexstirpation der Gebärmutter an der Königl. Frauenklinik in Dresden.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Im Ganzen wurden 110 Totalexstirpationen ausgeführt mit $5^1/_2\%$ Mortalität. Wegen Carcinom wurde 80mal operirt mit 5% Mortalität. Von den Genesenen sind 64,5% länger als 2 Jahre recidivfrei. Das Operationsverfahren, früher bereits von Leopold beschrieben, wurde wenig geändert. Die Ovarien und Tuben wurden in neuerer Zeit wegen der Möglichkeit eines Recidivs in den Adnexen und, weil in 2 Fällen die zurückgelassene Tube im Seitenwinkel der Scheidennarbe Beschwerden machte und desswegen sekundär noch entfernt werden musste, im Princip mit entfernt. Die Zahl der Fälle mit erheblicher Verwachsung und schwieligen Verdickungen der Parametrien, war eine ziemlich große, Schwierigkeiten waren weniger bedingt durch »starre Infiltration der Parametrien«, als durch Engigkeit der Scheide, welche jedoch gerade bei Carcinom selten ist, weil die Frauen fast stets geboren haben. Vor Verletzung der Blase scheut Verf. nicht zurück, da eine sofortige Blasennaht eine gute Prognose giebt. Unter 14 Fällen mit gleichzeitiger »Infiltration der Parametrien« waren nur 3 Recidive, unter 3 Fällen mit Infiltration der Ligg. sacro-uterina 2. Ganz im Allgemeinen geben die schlechteste Prognose die Collumcarcinome, eine bessere die Corpuscarcinome, die beste die Portiocarcinome.

Wegen der zunehmenden Ungefährlichkeit der Operation wurde sie relativ häufig aus anderen Indikationen als Carcinom ausgeführt, so:

1) wegen Myom bis zu Kindskopfgröße, wenn die Beschwerden, »die Arbeitsfähigkeit und den Lebensgenuss in Frage stellen«. Unter 17 Operirten 11% Todesfälle. Wenn die Operation etwa bis zur Anlegung von 2—3 Unterbindungen an den Ligg. lat. vorgeschritten war, wurde gewöhnlich das Myom durch Einschnitt auf die Kapsel freigelegt und enukleirt, danach die Totalexstirpation wie gewöhnlich beendet. Je nach der Engigkeit der Scheide und der Größe des Uterus waren Incisionen der Scheide und des Dammes erforderlich. Die Erfolge für das weitere Befinden der Kranken sind bisher sehr ermuthigend.

2) Wegen Totalprolaps des Uterus wurde 5mal ohne Todesfall operirt, nur

1mal mit Resektion sehr großer Scheidenlappen und desshalb auch nur dies eine Mal mit Erfolg.

3) Wurden noch 8 Fälle aus anderen Gründen mit Glück operirt, meist wegen Erkrankung der Gebärmutteranhänge, auf Grund der Ansicht, dass der Uterus ohne die Adnexa für die Frau doch nutzlos ist und die Totalexstirpation ungefährlicher ist, als eine Laparotomie. 1mal wurde wegen unstillbarer und schmerzhafter menstrueller Blutungen operirt.

4 übersichtliche Tabellen bringen die ausführlichen Daten aller Fälle, so weit dieselben nicht schon früher von Leopold (Arch. f. Gynäk. Bd. XXX. Hft. 3) besprochen sind. **Pfannenstiel** (Breslau).

4) **Heyder.** Schwangerschaft bei angeborenem fast vollständigem Scheidenverschluss. (Aus Dr. Sänger's Privat-Frauenklinik in Leipzig.)

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Zufällig wurde bei einer im 7. Monat schwangeren Kellnerin eine allem Anscheine nach angeborene im unteren Drittel der Scheide 4 cm oberhalb des gesprengten Hymens befindliche Membran entdeckt, in welcher mit Mühe eine ganz feine Öffnung aufzufinden war. Die Membran wurde operativ entfernt, ohne den Fortgang der Schwangerschaft zu stören. **Pfannenstiel** (Breslau).

5) **Samschin.** Zur Kasuistik des gleichzeitigen Vorhandenseins eines Fibromyoms des Corpus uteri und Carcinoms der Portio vaginalis.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Der Uterus wurde von Lebedeff durch die Laparohysterektomie mit Glück entfernt. **Pfannenstiel** (Breslau).

6) **Haviland** (London). Die Seltenheit von Krebs unter den Frauen im englischen Sendistrikte.

(Lancet 1889. September 14.)

Vor Jahren legte Verf. dar, dass der Krebs unter den Frauen in England und Wales die folgende scharf umschriebene geographische Vertheilung zeige: 1) Hohe Sterblichkeit an Krebs zeigt die Frauenwelt in Distrikten, die direkt im Gebiete des Unterlaufes großer Flüsse liegen oder an solche Strecken angrenzen, die regelmäßig jedes Jahr überschwemmt werden. 2) Niedere Krebssterblichkeit zeigen die Frauen, die Gegenden auf Wasserscheiden oder im Quellgebiete der Ströme gelegen bewohnen, mit älteren geologischen Formationen als Untergrund und seltenen Überschwemmungen. Diese Verhältnisse haben sich seitdem bestätigt. Die Sterblichkeitsverhältnisse an Phthise und Carcinom, wovon zur Zeit erstere ab-, letzteres zunehme, stehen in den gleichen Distrikten im umgekehrten Verhältnisse. Treffen irgend wo niedere Sterblichkeitsverhältnisse an diesen beiden Erkrankungen zusammen, so seien diese Gegenden die gesündesten. Der Sendistrikt nun, einer der schönsten Englands, ist in dieser Beziehung äußerst günstig gestellt, wesshalb ihn H. den »von Krebs bedrohten Frauen«, ohne jedoch die diagnostischen Kennzeichen hierfür anzugeben, zum Aufenthalte empfiehlt.

Herdegen (Stuttgart).

7) **Towan** (Sreat Stanmore). Hydrostatisches Repositionsinstrument für chronische Uterusinversion.

(Lancet 1889. September 21.)

Ein kolpeurynterähnlicher Gummiballon sitzt auf einem X-förmigen Stahlgestelle, das zwischen die Beine zu liegen kommt und zur Fixation am Becken mit einer Art T-Binde in Verbindung steht. Schlauch mit Hahn geht durch das Stahlgestell. Anwendung wie beim Kolpeurynter. **Herdegen** (Stuttgart).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 13. Sonnabend, den 29. März. 1890.

Inhalt: I. **Uter**, Myomotomie nach erfolgloser galvanischer Behandlung. Eigenthümliche Veränderungen der Geschwulst, der Uterusschleimhaut und der Eierstöcke. — II. **M. Sänger**, Kaiserschnittfragen. III. — III. **H. Fritsch**, Noch einmal die Vereinfachung des Kaiserschnittes. (Original-Mittheilungen.)

1) **Leopold**, Kaiserschnitt. — 2) **Cohnstein**, Placentarverwachsung. — 3) **Feleki**, Blasensteinbildung. — 4) **Marocco**, Oophoro-salpingektomie. — 5) **Bergstrand**, Inversio uteri.

(Aus der Freiburger Universitätsfrauenklinik.)

I. Myomotomie nach erfolgloser galvanischer Behandlung. Eigenthümliche Veränderungen der Geschwulst, der Uterusschleimhaut und der Eierstöcke.

Von

Dr. Friedrich Uter,

Assistenzarzt.

In Folgendem geben wir die Geschichte einer Myomotomie, welche desshalb großes Interesse bietet, weil ihr eine lange Zeit hindurch fortgesetzte, nicht nur erfolglose, sondern geradezu nachtheilige Behandlung durch Apostoli vorherging. Wir wollen desshalb die galvanische Therapie durchaus nicht verwerfen, sondern nur auf die möglichen Schattenseiten hinweisen.

Frau R. aus S., 30 Jahre alt, Nullipara, liefert durch ausführliche Aufzeichnungen, die sie während ihrer Krankheit gemacht hat, und durch gute Beobachtung sehr interessante und werthvolle anamnestische Daten.

In den Kinderjahren war sie gesund und kräftig, von blassem Aussehen. Die Periode trat bei ihr im 15. Jahre ein und wiederholte sich von Anfang an regelmäßig alle $4^1/_2$ Wochen in einer Dauer von 6 Tagen; auch scheint sie etwas stärker gewesen zu sein, als bei anderen Mädchen. Schmerzen pflegten einige Stunden vor und nach dem Eintritt der Blutung in geringem Grade aufzutreten.

Im Jahre 1883 hat Pat. die erste Unregelmäßigkeit in der Periode bemerkt; damals pflegte sie viel zu reiten. Sie glaubte, die Periode sei vorüber, stieg zu Pferde, worauf noch ein wenig Blut kam. Dieses wiederholte sich am anderen

Morgen, eine größere Reise kam dazwischen, und so dauerte der geringe Blutabgang etwa 14 Tage.

Frühjahr 1886 litt Pat. längere Zeit an Brustschmerzen und im August desselben Jahres waren die Menses mit stärkeren Schmerzen als gewöhnlich verbunden, angeblich, weil sie sich auf einem Marsch zu sehr ermüdet hatte. Im Februar 1887 während einer Reise hörte die Periode plötzlich auf und kehrte erst nach mehreren Tagen der Ruhe wieder; und dann nach 3 Wochen, sehr stark und 15 Tage dauernd.

Heirath April 1887; die nächste Periode begann ohne Schmerzen, der Blutabgang war gering, erst am 8. Tage geringe Beschwerden und andauernde schwache Blutung, 18—20 Tage lang. Darauf blieb die Periode 6 Wochen aus. In der Zeit Wohlbefinden der Pat.; es wurden täglich große Spaziergänge gemacht. Nach einem solchen stellte sich plötzlich unter sehr heftigen Schmerzen und großer Schwäche ein starker Blutverlust ein. Die Pat. wurde für schwanger erklärt und ans Meer geschickt. Dort kehrte der Blutverlust bald in verstärktem Maße wieder unter Kreuzschmerzen, die auch vorher schon aufgetreten waren. Es wurde Hydrastis genommen. 5 Tage nach beendigter Blutung ging ohne Blut und Schmerzen eine braune, gefetzte Haut ab, die Pat. mit einem luftleeren, zusammengefalteten Kinderballon vergleicht.

Jedoch ließen die Blutungen, die jetzt regelmäßig 4wöchentlich auftraten, in ihrer Stärke und Dauer nicht nach. Die Schmerzen wurden immer heftiger, so dass Pat. mehrfach ärztliche Hilfe in Anspruch nahm.

Neujahr 1888 wurde zum ersten Mal Fibrom konstatirt und durch Behandlung mit Ergotinpillen, heißen (40°) Scheidenirrigationen, Jodglycerintampons, Opium während der Periode eine geringe, vorübergehende Besserung erreicht. Eine spätere klinische Behandlung, ein Aufenthalt in Kreuznach, wo 42 Bäder genommen wurden, Ergotininjektionen und während der Nacht Umschläge mit Mutterlauge konnten die Verschlimmerung des Zustandes nicht aufhalten. Die Blutung war zeitweilig so stark, dass tamponirt werden musste; das unbehagliche Gefühl im Unterleib wurde immer größer; weißer Ausfluss und Schmerzen beim Wasserlassen fingen an die Pat. zu plagen, eine beständige große Ermüdung und Appetitlosigkeit ließen trotz der sorgfältigsten Pflege kaum eine Besserung des Allgemeinbefindens erkennen.

Zu Hause wurde die Kreuznacher Behandlung mit Ergotininjektionen, Mutterlaugenkompressen und später auch Soolbädern fortgesetzt, bis Schmerzen bei den Injektionen und schmerzhafte Anschwellungen um die Stichöffnungen dieselbe beschränkten.

Neujahr 1889 wurde von einem Arzt in Tr. eine Vergrößerung des Tumors um das Doppelte gegen das vorige Jahr konstatirt und entschieden zur Operation gerathen. Pat. war auch dazu entschlossen, zumal die beiden letzten Male auch im Intervall starke Blutungen aufgetreten waren, und nur erst durch wiederholten anderweitigen ärztlichen Rath kam sie dazu, sich der elektrischen Behandlung bei Apostoli in Paris, als dem einzigen und letzten Hilfsmittel zur Vermeidung der Operation, zu unterwerfen.

Sie wurde im Ganzen vom 1. April bis Mitte August 1889 23mal elektrisirt. Eine Elektrode wurde nach ihrer Angabe auf den Leib, die andere zuerst in die Scheide und später in den Uterus gelegt. Eine Punktion des Tumors scheint nicht vorgenommen zu sein, weil er ungünstig dazu gelegen habe.

Jeweils nach der Procedur hatte Pat. geringen Blutabgang, einen und mehrere Tage lang; einmal, als bei noch schwach bestehender Menorrhagie elektrisirt wurde, kehrte die Blutung in sehr starkem Maße wieder. Im Monat August traten noch Blutungen im Intervall auf. Auch waren die Schmerzen während der Sitzungen entschieden vermehrt und dauerten noch bis gegen Abend. Dabei empfand die Pat. während des Unwohlseins überall Schmerzen, und auch im Intervall meistens im linken Bein und im Kreuz. Das Unbehagen im Leib war, wie sie sagt, mit dem wachsenden Tumor mehr nach oben gestiegen. Große Ermüdung und Schwäche traten besonders nach jeder Sitzung auf.

Die Kur wurde beendigt und Pat. erholte sich etwas durch einen Aufenthalt an der Seeküste. Allein Blutungen, Schmerzen, große Schwäche dauerten fort und bewogen Pat. Herrn Geheimrath Hegar zu Rathe zu ziehen, in dessen Klinik sie im November eintrat.

Die Untersuchung der in einem sehr elenden und geschwächten Zustande befindlichen Kranken ergab eine Uterusgeschwulst, die über die Symphyse bis zum Nabel sich erhob, von der Größe eines kleinen Mannskopfes und beweglich war. Cervix lang. Auf der linken Seite die Ligamente schmal und die Geschwulst bis nahe an die Beckenwand reichend.

Am 19. November 1889 wurde zur Operation geschritten. Nach ausgiebiger Eröffnung der Bauchhöhle durch einen Schnitt, der von der Symphyse bis zum Nabel reichte, fand man den Tumor von auffallend weicher Konsistenz vor. Diese Beschaffenheit der Geschwulst ließ den Gedanken an die ebenfalls in Betracht gezogene Kastration bald fallen. Die Bauchwunde wurde bis oberhalb des Nabels verlängert und der Tumor herausgewälzt. Nachdem er durch Unterbindung der Ligamente bis tief hinunter frei gemacht war, wurde eine provisorische elastische Gesammtligatur und dann eine definitive elastische Doppelligatur durch den Cervix gelegt und die Hauptmasse, die von der hinteren Wand des Uterus ausging, abgetragen. Die beiden Blätter des linken Ligaments, welche ziemlich weit lateralwärts entfaltet waren, wurden durch feine Seidennähte geschlossen und der zurecht geschnittene Stumpf nach der extraperitonealen Methode Hegar's behandelt. Peritonealnaht durch Knopfnähte aus Katgut. Verschorfung des Stumpfes mit dem Paquelin, Chlorzinkätzung, Ausstopfen des Trichters mit Chlorzinkgaze. Schluss der Bauchdecken durch Knopfnähte aus Seide.

Das vorliegende Präparat der Geschwulst ist nicht vollständig, da bei dem ersten Wegschneiden oberhalb der Ligatur nicht Alles abgetragen, sondern ein nachträglich verloren gegangener Rest erst später entfernt wurde. Der größere Theil ist jedoch vorhanden. Er ist 14 cm breit und 10 cm lang. Die vordere Fläche wird von der 2,5 cm dicken vorderen Wand des Uterus gebildet, welche sich stark über den Tumor retrahirt hat. Dann stößt man auf einen Theil der Uterushöhle, etwa 7 cm breit und 4 cm lang. Die Schleimhaut derselben ist 4—5 mm dick, außerordentlich blutreich, nach oben hin kleine ektatische Venen. Die Oberfläche ist mit flachen, warzenartigen Vorsprüngen besetzt, welche ein durchschimmerndes, gallertartiges Ansehen haben.

Die von dem unteren Theil der hinteren Wand vorspringende Geschwulst fühlt sich außerordentlich weich, fluktuirend an. Obwohl sie stark vorragt, liegt sie doch intramural. Ihre Verbindung mit der Uteruswand ist keine sehr innige, doch sind einzelne sehr feste Stränge, welche mit dem Messer durchschnitten werden müssen, vorhanden. Auf dem Durchschnitt findet man keine höhlenartigen Räume, sondern ein weiches, ödematös durchtränktes, fast matsches Gewebe mit außerordentlich zahlreichen, kleinen dilatirten Blutgefäßen.

Das linke Ovarium ist 5 cm lang, ca. 4 cm breit, am lateralen Ende 3 cm, am medialen 1,5 cm dick. Die Oberfläche zeigt eine weiße, verdickte Albuginea, die an der vorderen und hinteren Fläche etwa 12—15 erbsen- bis bohnengroße, bläulich schimmernde Bläschen durchscheinen lässt. Ein Durchschnitt durch die Mitte zeigt eine starke Flüssigkeitsdurchtränkung, unmittelbar unter der Albuginea etwa 8—10 erbsen- bis bohnengroße, theils durchschnittene, theils über die Oberfläche prominirende Bläschen. Die sehr blutreichen Corticalis und Medullaris sind gut von einander abgesetzt, die letztere derb, grauröthlich. Nach dem Hilus zu finden sich einige linsengroße ältere Corpora lutea. Ein Schnitt näher dem lateralen Pol legt ein ziemlich frisches, etwa kirschgroßes Corpus luteum bloß.

Rechtes Ovarium 4,5 cm lang, größte Breite 4 cm, Dicke 2 cm. Die Albuginea ist stärker verdickt als links, lässt im Übrigen etwa gleich viel Bläschen durchschimmern. Im Inneren ein gut kirschgroßer Hohlraum mit glatter, röthlich schimmernder Wand und hellem Inhalt. Verhalten von Corticalis und Medullaris wie links.

Mikroskopisch sieht man in dem faserigen, welligen, außerordentlich kern-

reichen Gewebe der Corticalis eine starke, gleichmäßige, kleinzellige Infiltration und nur sehr wenige, vereinzelte Primordialeier. Die Gefäße sind vermehrt, ohne besondere Veränderungen. In der Medullaris ist das Stroma reicher an Spindelzellen, aber auch hier ist die entzündliche, kleinzellige Infiltration stark ausgesprochen, besonders in der Umgebung der äußerst zahlreichen Gefäße, deren Anzahl so vermehrt ist, dass einzelne Bilder nur Gefäßdurchschnitte enthalten. Dieselben sind weit, ihre Wandungen theils wenig verändert, aber auch wieder stark verdickt. Ihr Verlauf ist korkzieherartig gewunden. In dem ganzen Durchschnitt findet man außer den erwähnten erbsen- bis bohnengroßen Follikeln noch etwa 3—4 kleinere Umwandlungsformen von Primordialeiern zu Follikeln. In den Follikeln ist das Epithel zum Theil noch erhalten, doch in keinem ein Discus oophorus oder ein Ovulum zu entdecken. Die kirschgroße Cyste enthält kein deutliches Epithel mehr.

Die mikroskopischen Verhältnisse des linken Ovariums sind ähnliche.

Die Untersuchung der Uterusschleimhaut ergiebt folgenden Befund. Das Oberflächenepithel ist nicht mehr erhalten, nur an wenigen, lakunenartig eingesunkenen Stellen sieht man es als hochgestellte Cylinder, weiter nach oben erscheint es dann plötzlich abgerissen oder liegt abgehoben noch auf eine kurze Strecke der Schleimhaut auf. Auch findet man hier und da einzelne Fetzen, namentlich auf den warzenartig vorspringenden Partien.

In der Schleimhaut sind die Drüsen stark vermehrt, aber in sehr unregelmäßiger Anordnung. Nahe der Oberfläche erscheinen sie weniger zahlreich, quer, schräg, ja parallel zu ihr verlaufend. In der Mitte der Schleimhaut findet sich Drüse an Drüse, bis dann ihre Zahl nach der Muscularis wieder beträchtlich abnimmt. Die Form der Drüsen ist eine sehr mannigfaltige mit zahlreichen Einbuchtungen und Ausläufern. Ein Lumen ist überall deutlich vorhanden. Das Drüsenepithel besteht aus regelmäßigen Cylindern, die an ganz vereinzelten Stellen geschichtet sind. Nirgends geht die Drüsenwucherung in die Muskulatur hinein, ist vielmehr von dieser immer durch einen Saum interglandulären Gewebes getrennt.

Das interglanduläre Gewebe ist nach der Oberfläche zu in stark entzündlicher Wucherung. Massenhafte Rundzellen mit stark hervortretendem Kern umgeben dort die Drüsen, während weiter nach der Muscularis zu solidere Gewebsstränge mit deutlichen, zahlreichen Spindelzellen auftreten, namentlich in der Umgebung der Drüsen. Gefäße sind in sehr großer Anzahl vorhanden, zum Theil noch strotzend gefüllt und erweitert.

Leider ist versäumt worden, die Geschwulst in frischem Zustande auf degenerative Veränderungen in den Zellen mikroskopisch zu untersuchen. Nachdem sie einen halben Tag lang in laufendem Wasser ausgewässert war und 4 Tage in 70%igem Spiritus gelegen hatte, ergaben Abstrich- und Zupfpräparate der noch ganz weichen Geschwulst isolirte Muskelzellen mit hellem, gut erhaltenem Kern. Das Protoplasma war zum Theil körnig zerfallen, keine Verfettung nachweisbar.

Präparate, nach Härtung der Geschwulst geschnitten und gefärbt, zeigen, dass die Neubildung zum größten Theil aus Muskelfasern besteht, die einzelnen Bündel sind nur durch gering entwickeltes bindegewebiges Stützgewebe von einander getrennt; nur in der Umgebung der großen Gefäße findet sich reichliches, sehr kernhaltiges Bindegewebe. Gefäße, namentlich mittlerer Größe, sind zahlreich. Ihre Wandungen bestehen aus einer deutlichen, meist gefalteten Intima, aus einer kaum wahrnehmbaren Muscularis und einer stark verdickten Adventitia. Das Lumen der Gefäße ist oft verengt.

Der Heilungsverlauf war noch durch eine am 8. Tage auftretende leichte Thrombose des linken Beines und später, vor dem beabsichtigten Austritt aus der Klinik, durch eine schwere Erkrankung der Pat. an Influenza gestört. So kam es, dass sie erst Mitte Februar d. J. gesund und gekräftigt die Klinik verlassen konnte.

Fassen wir noch einmal die wesentlichsten Punkte dieses Falles zusammen, so haben wir ein zunächst langsamer, dann nach

erfolgter Konception und Abort rascher sich entwickelndes Fibrom, das den verschiedensten Behandlungsweisen widersteht. Zuletzt wird lange und von berufener Hand elektrisirt, jedoch ohne Einfluss auf die Blutungen, Beschwerden und das Allgemeinbefinden. Die Operation, die dann vorgenommen werden muss, ist durch die theilweise interligamentöse Entwicklung erschwert. Man findet ein mannskopfgroßes Fibrom des Uterus von außerordentlich weicher Konsistenz. Für die Weichheit lässt sich außer einer großen Anzahl von Gefäßen, einem bedeutenden Reichthum an glatten Muskelfasern und einer ödematösen Durchtränkung der Geschwulst keine anatomische Ursache nachweisen. Die Uterusschleimhaut ist sehr verdickt, theilweise entzündlich infiltrirt, von reichlichen Gefäßen durchsetzt. Die Eierstöcke sind stark geschwellt, enthalten zahlreiche ausgedehnte, sterile Follikel, sehr wenig Primordialfollikel und ein stark gewuchertes, mit Rundzellen infiltrirtes Stroma. Dabei großer Gefäßreichthum.

Die Entscheidung, was von der Beschaffenheit der Geschwulst der ursprünglichen Natur des Tumors und was der elektrischen Behandlung zugeschrieben werden muss, ist nicht ganz leicht. Weichheit und starker Gefäßreichthum finden sich gewöhnlich an Geschwülsten, welche vorzugsweise aus Muskeln bestehen. Dagegen ist es wahrscheinlich, dass die entzündliche Wucherung der Schleimhaut, die große Hyperämie dieser und des Tumors, die ödematöse Durchtränkung der Geschwulst und der Entzündungszustand der Eierstöcke wenigstens zum Theil der vorausgegangenen Therapie ihre Entstehung verdanken. Auch die Anamnese, die Verschlimmerung der Blutungen und der Schmerzen während der Behandlung sprechen dafür.

Die Verbindung des Tumors mit der Wand des Uterus schien uns gelockert, so dass ohne die Operation sich wohl eine Art spontaner Enukleation ausgebildet hätte, die bei der Größe der Geschwulst, der Beschaffenheit des nulliparen Cervix und dem heruntergekommenen Zustand der Pat. schwerlich zu deren Heil gewesen wäre. Auch Nachhilfe durch die Kunst würde wenigstens von der Scheide aus nicht leicht zum Ziele geführt haben. Man hätte ohne Zweifel auch später noch unter viel ungünstigeren Bedingungen zur Laparotomie schreiten müssen.

II. Kaiserschnittfragen.

Von

M. Sänger (Leipzig).

III[1].

Die Uterusnaht ist das wichtigste Hauptstück der Kaiserschnitttechnik. Als ich vor 8 Jahren meine Geschichte der Uterusnaht schrieb, welche den Wendepunkt der alten und neuen Zeit für

---

[1] Siehe I. und II. Artikel, Centralbl. f. Gynäk. 1890. No. 11 u. 12.

letztere bezeichnet, herrschte auf allen Seiten, vielleicht mit einziger Ausnahme Kehrer's, welcher in gleicher Richtung arbeitete, helle Verzweiflung über die vermeintliche Unmöglichkeit einer sicheren Uterusnaht. Jetzt ist eine solche erreicht, aber sie ist in richtiger Ausführung noch keineswegs Allgemeingut der Geburtshelfer, namentlich in fremden Ländern[2], geworden, wie etwa irgend eine andere wesentliche geburtshilfliche Encheirese. Über die einfachste und zweckmäßigste Art der Ausführung dieser Naht jedoch herrschen, da die überhaupt möglichen Verfahren sehr mannigfaltige sind, lebhafte Meinungsverschiedenheiten, welche anscheinend weit aus einander gehen, aber im Grunde sich doch in dem gleichen Endzweck begegnen.

Es haben sich hauptsächlich vier Verfahren herausgebildet: Die doppelreihige Knopfnaht, die Etagennaht, die fortlaufende Naht mit Kombinationen und die einfache Uterusnaht.

In zweiter Linie haben sich Verschiedenheiten ergeben über das zu wählende Nahtmaterial. Hier streiten noch immer um die Herrschaft die Seide, die verschiedenen Arten von Katgut, so wie der trotz seiner großen Vorzüge und trefflichen Resultate jetzt mehr zurückgedrängte Silberdraht.

Auf eine kurze Kritik der 4 Hauptnahtmethoden eingehend, verwerfe ich die Etagennaht (Schröder, Hofmeier, Lebedeff u. A.), weil ich es für falsch erachte, die Wundränder dadurch zur Vereinigung zu bringen, dass das Nahtmaterial, noch dazu in zwei, drei Reihen, in die Wunde selbst versenkt werde, während diese leicht schon durch eine einreihige äußere Naht parallel geschlossen werden kann.

Auch bei der nur einen Anhänger (J. Veit) zählenden fortlaufenden Naht der ganzen Uteruswunde kommt das Nahtmaterial zwischen die Wundflächen. Ihre Anlegung setzt eine besondere Übung voraus, die sich nur der erwerben kann, welcher diese Nahtmethode auch sonst häufig übt, wie z. B. bei plastischen Operationen in der Scheide. Ich halte diese Methode auch darum für ungeeignet, weil die fortlaufend gelegten Fadentouren den Parallelismus der glatten Wundränder durch Umschnürung und Verzerrung der Gewebe aufheben, die Ernährung desselben beeinträchtigen. Bei der häufig geübten oberflächlichen fortlaufenden Naht ist dies weniger der Fall.

In weitaus den meisten Kaiserschnitten der letzten 8 Jahre wurde die Uterusnaht mittels der von mir von allem Anfang an bevorzug-

---

[2] Vgl. William Leishman, A System of Midwifery, 4. Aufl. 1888. Es sei noch ein Gegenstand des Streites, ob man die Uteruswunde nähen solle oder nicht. Er betrachte es als ganz sicher, dass die Uterusnaht für den Erfolg nicht wesentlich sei und sei es sehr die Frage, ob sie überhaupt irgend einen Vortheil biete. — Gerade in England zählt die Porro-Operation als einzige Kaiserschnittoperation noch die meisten Anhänger, doch auch die Sache des konservativen Kaiserschnittes viele hervorragende Freunde, wie Galabin, Horrocks, Champneys, Cullingworth, M. Duncan, Cameron u. A.

ten doppelreihigen Knopfnaht ausgeführt, welche größte Einfachheit und Gleichmäßigkeit mit größter Sicherheit verbindet.

Ich verstehe darunter bekanntlich eine Reihe tiefer, die gesammte Uteruswand durchdringender Knopfnähte, welche nur nicht die Uterushöhle kreuzen, daher dicht an der Musculo-Decidualgrenze hingeführt werden, sodann eine zweite Reihe oberflächlicher Nähte, welche lediglich die Serosae vereinigen und gleichzeitig leicht einfalzen sollen. Tiefe Nähte sollen so viel gelegt werden, als nöthig sind, die Wundränder parallel und dicht mit einander zu vereinigen. Es genügen zu diesem Behufe je nach Länge des Schnittes 8—12 solcher Nähte, welche in Abständen von 1—1,5 cm auf einander folgen. Die oberflächlichen Nähte sollen durchschnittlich je 2 und 2 zwischen die tiefen gelegt werden, derart, dass sie die Spalten und Lücken zwischen denselben auf das Genaueste verschließen.

So lange ich die Resektion der Muscularis, so wie die Unterminirung der Serosae übte, habe ich jeden serösen Wundrand nur je 1mal durchstochen. Nach Aufgabe dieser Zurüstungen, deren Unnöthigkeit — auch ich hatte sie keineswegs in allen Fällen für erforderlich gehalten — hauptsächlich durch Leopold erwiesen wurde, und wohl in nicht direkt beabsichtigter Weise auch schon früher, habe ich jeden serösen Wundrand nach Lembert je 2mal durchstochen und dadurch jene sero-seröse Falznaht zu Stande gebracht, welche ich als wesentlichen und unerlässlichen Theil einer rationellen Uterusnaht schon so oft vertheidigt habe und auch heute wieder vertheidigen muss[3], trotzdem ihre Gegner, als deren Wortführer ich J. Veit[4] (früher auch Schröder) und Fritsch[5] nenne, ihr irgend einen Nachtheil nicht nachzuweisen vermögen. Der Erstere erklärt sie von seinem Standpunkte aus als principiell unrichtig, da die flächenhaft vereinigten Serosae überhaupt nicht mit einander verwüchsen. Letzterer stellt sie als unnöthig, komplicirt, zeitraubend und die »einfache Uterusnaht« als genügend hin.

Gewiss hat Fritsch Recht, dass die einfache Knopfnaht durch die ganze Dicke der Uteruswand ohne Einfalzung der Serosae, ohne Freilassung der Decidua, ohne Oberflächennaht zur Vereinigung der Uteruswunde und zu ihrer primären Heilung hinreichen könne, indessen, was genügend ist, kann nicht Anspruch machen, das Beste zu sein. Ich selbst habe in meinem ersten Kaiserschnittfall (1881), wo es sich um eine Frucht aus der 28. Woche handelte, die Uteruswunde gleichfalls durch 10 einfache Knopfnähte geschlossen und sie in Wirklichkeit primär heilen sehen, da die Bauchwunde von unten her theilweise aufging, so dass der inzwischen adhärent gewordene Uterus frei dalag. Ich habe auch in meinem Buche die einfache Uterus-

---

[3] Cf. Arch. f. Gynäk. XXVI, p. 204; Centralbl. f. Gynäk. 1889. No. 8. Bezüglich meiner Entgegnung an J. Veit verweise ich auf diesen Artikel.

[4] Schröder's Lehrbuch der Geburtshilfe, herausg. von Olshausen-Veit, 10. Aufl.

[5] Centralbl. f. Gynäk. 1889. No. 23.

naht, wofern sie nur eng und exakt sei, als genügend hingestellt (p. 156 u. a. a. O.). Wie konnte aber nur Fritsch die Behauptung aufstellen, dass seine Nahtmethode »diejenige sei, die vor den modernen Erörterungen über den Kaiserschnitt wohl jeder Operateur gebraucht habe«; ferner die, dass der Kaiserschnitt, wie er ihn beschrieb, »bis auf die Präventivkompression des Cervix mit dem Gummischlauch ganz genau der alte, von praktischen Ärzten und in Kliniken oft gemachte Kaiserschnitt sei«; wie konnte er gar von vielen Hunderten von Fällen sprechen, die durch einfache Uterusnaht geheilt worden seien?! Ich bitte einen Blick in meine Geschichte der Uterusnaht werfen zu wollen, um diesen Irrthum einzusehen. Der »alte Kaiserschnitt« war der »Rasirmesserkaiserschnitt« ohne jede Naht des Uterus. Die letztere wurde zwar ab Ende der siebziger Jahre häufiger, aber immer nur ausnahmsweise angewendet und so unvollkommen, mit so kläglichen Resultaten, dass die Porro-Operation leichtes Spiel hatte, da man doch an dem Gelingen der Uterusnaht verzweifelte, diesen »alten Kaiserschnitt« zu stürzen. Lagen die Dinge so idyllisch, wie Fritsch sie hinstellt, so war ja eine Reform gar nicht nöthig und hätte es auch nicht der »Präventivkompression der Cervix« hierzu bedurft, denn schon 1875 konnte Cazin sagen: »l'arrêt de l'hémorrhagie se produit presque à coup sûr après la suture«. Prüft man die Nahtfälle aus der Zeit vor der jetzigen Ära der Uterusnaht — ich glaube, die publicirten Fälle sämmtlich gebucht zu haben, und es sind ihrer insgesammt nicht mehr als einige 70 —, so fällt vor Allem die geringe Zahl der Nähte auf, so dass von einem exakten, parallelen Schluss der Uteruswunde nicht die Rede sein konnte. Die höchste nur in ein paar (5) Fällen eingelegte Zahl von Knopfnähten betrug 10, entschieden zu wenig, um eine Wunde von 12—16 cm Länge chirurgisch zu schließen. Ja, ich wüsste sonst nur einen Operateur namhaft zu machen, der einigermaßen in Fritsch's Sinne in mehreren Fällen die Uteruswunde durch 8—10 (Silber-) Nähte schloss, aber auch nicht durch die ganze Dicke der Uteruswand, Simon-Thomas, nur noch einen, mich selbst, der im Verhältnis zur geringen Länge der Uteruswunde eine genügende Zahl von einfachen Seidenknopfnähten (10) durch die ganze Dicke der Uteruswand legte. Fritsch's einfache Uterusnaht« — leider giebt er uns die Zahl der in seinen 2 Fällen angewandten Nähte nicht an! — würde also nur dann dieselbe sein, wie »vor den Erörterungen über den modernen Kaiserschnitt«, wenn er eine zu geringe Zahl von Heften einlegte, als nöthig, die Wunde eng und genau zu schließen, was gewiss nicht seine Meinung ist.

In der dichten, genauen Anlegung der Nähte wird Fritsch sicher mit mir und allen Modernen übereinstimmen, er hält nur die seroseröse oberflächliche Naht, so wie die Freilassung der Decidua für überflüssig und dies nicht bloß der Einfachheit zu Liebe, sondern im Princip.

Was die Freilassung der Decidua bezw. der Uterushöhle anbelangt, so haben u. A. auch einige Sektionsbefunde, so wie Befunde bei wiederholtem Kaiserschnitt bewiesen, dass die Uteruswunde von innen her vollständig verheilt war, ohne dass das Nahtmaterial bemerkt wurde. Bleibt die Decidua, d. h. richtiger eine innerste Lamelle der Muscularis, bedeckt von einer feinen Schicht Decidua außerhalb der Naht, so ist die tiefe, die gesammte übrige Uteruswunde umfassende sero-muskuläre Naht für die innere Oberfläche der Uteruswunde, als welche die Uterushöhle angesehen werden muss, gleichsam eine versenkte Naht und brauche ich wohl die Vortheile einer solchen, wie sie bei plastischen Operationen, wo es gilt, die Oberflächen zu vermeiden, vielfach angewandt werden, nicht weiter hervorzuheben. Sagt doch selbst Hertsch[6], welcher berichtet, dass auch Zweifel jetzt die Fäden durch die Uterushöhle durchführe, was beiläufig nicht eine Sekunde weniger Zeit erfordert, von dem einen Fall wiederholter Sectio caesarea, wobei (nach Chromkatgut) eine »feste, die ganze Dicke der Muskulatur betreffende Narbe« vorgefunden wurde: »dadurch, dass die Verheilung bis zur Innenfläche zu Stande kam, so dass der Faden die Höhlung der Gebärmutter vollständig unberührt ließ, fiel jeder Reiz, der eine normale Neubildung der Schleimhaut hätte verhindern können, weg«.

Er betont damit also ganz richtig, dass die Nahtfäden für die Regeneration der Mucosa und ihre spätere Funktion nachtheilig sein können.

Wenn man in allen Fällen vorher wüsste, dass die Uterushöhle bei der Naht aseptisch sei und es auch später bleibe, so brauchte man trotzdem gegen ihre Durchkreuzung seitens der Nahtfäden nichts einzuwenden. Gerade dieser Punkt ist aber sehr oft unsicher und ist es auch darum gerathener, Stichkanäle und durchlaufende Fäden in der Uterushöhle zu vermeiden. Wenn ich daher auch immer noch der Meinung bin, dass es theoretisch und praktisch nützlich und zweckmäßig sei, die Innenfläche der Uterushöhle nicht mit in die Naht einzubeziehen, so lege ich doch darauf weit weniger Gewicht, als auf die sero-seröse Naht.

Es gereicht mir zur großen Genugthuung, dass Leopold, dessen reiches Material ihm gestattete, die Nahttechnik vielfach zu variiren, gerade Fritsch gegenüber für die Beibehaltung der letzteren eingetreten ist[7]. Nun beschreibt er aber einen Fall, wobei trotz angeblicher sero-seröser Naht an Verblutung in die Bauchhöhle der Tod eingetreten sei und er benutzt diesen Fall zu deren Gunsten. Wäre hier trotz der sero-serösen Naht der Verblutungstod eingetreten, so würde das eher als ein bedenkliches Argument gegen dieselbe zu verwerthen sein. Wenn wir aber diesen Fall näher prüfen, so erheben sich starke Zweifel gegen die Richtigkeit des versuchten Nachweises,

[6] Archiv f. Gynäk. XXXVII, 1.
[7] Archiv f. Gynäk. XXXVI, 3.

1) dass die Betreffende an Verblutung gestorben sei,
2) dass dieses Blut aus den Interstitien der Uteruswunde stammte.

Von einem Verblutungstod kann entschieden nicht die Rede sein, da die Frau erst am sechsten (nach Münchmeyer, Arch. f. Gynäk. XXXVII, 2 siebenten) Tage erlag und dafür die Menge der in der Bauchhöhle vorgefundenen blutigen Flüssigkeit (nicht Blut) eine zu geringe war. Vielmehr muss der bei der Sektion neben frischer, nicht eitriger Peritonitis vorgefundene blutig-seröse Inhalt der Bauchhöhle als ein Befund angesehen werden, wie er sehr oft nach Laparotomien, ganz besonders Myomektomien mit intraperitonealer Stumpfversorgung gefunden wurde und seit Sims als Theilerscheinung der Sepsis angesehen wird, wofür auch die klinischen Symptome sprechen.

Die Serosae uteri fanden sich »fest und innig verwachsen«. Da hierzu Zeit gehört, so ist nicht zu begreifen, wie es dann zu einer mehrtägigen Nachblutung aus den Interstitien der Wunde kommen konnte. Woher das Blut in der Bauchhöhle sonst stammte, vermag ich natürlich nicht zu sagen, es konnte von der Operation selbst herrühren, oder aus einem angestochenen größeren Gefäße, aus Stichkanälen, vielleicht auch in Folge Lockerung einer oberflächlichen Fadenschleife aus einem Interstitium stammen. Es ergiebt sich nämlich, dass Leopold gar keine sero-seröse Naht gemacht hatte, vielmehr »oberflächliche« Nähte legte, welche »die Muscularis reichlich $^1/_2$ cm tief mit fassten«. Ja er räth sogar, dabei 1 cm tief und weit außen ein- und auszustechen: das sind aber weder oberflächliche, noch gar sero-seröse (Lembert'sche), das sind halbtiefe Nähte, die ich verwerfe.

Der unglückliche Leopold'sche Fall kann somit der sero-serösen Naht nicht zur Last gelegt werden und ist nach wie vor noch kein Fall von sekundärer Blutung in die Bauchhöhle nach solcher, sei es aus den feinen Nahtinterstitien, sei es aus Stichkanälen, bekannt geworden. Darin muss ich aber Leopold Recht geben, eben so Teuffel, welcher Gleiches hervorhob, dass bei einfacher Uterusnaht ein Austritt von Blut aus den Interstitien der Wunde zwischen den Nähten leicht erfolgen könne, wenn auch nicht in tödlicher Menge, so doch so viel, dass es, wie eben in dem Leopold'schen Fall, hinreicht, um den Nährboden toxhämischer Zersetzung abzugeben.

Wesshalb sträubt sich Fritsch so sehr gegen die sero-seröse Oberflächennaht? Weil es einfacher sei, sie wegzulassen. Das ist kein stichhaltiges Argument, die Einfachheit darf nicht auf Kosten der Sicherheit und Genauigkeit vorangestellt werden. Sagen wir es rund heraus, die einfache Uterusnaht im Sinne von Fritsch ist unchirurgisch. Nehmen wir im Vergleich die Naht der Scheidenwunde bei einer Kolporrhaphie, so ist die allgemein geübte Technik ihres Verschlusses die der tiefen und oberflächlichen Knopfnaht (von der konkurrirenden fortlaufenden Naht sehe ich hier ab). Ganz gut kann man die Kolporrhaphiewunde nur durch gleich

tiefe Nähte schließen, man ist aber längst dahinter gekommen, dass die Naht viel schöner, gleichmäßiger ausfällt, dass die Heilung glatter ist, als wenn nur tiefe Nähte gelegt werden, welche natürlich näher zusammen stehen und die Gewebe mehr einschnüren und anämisiren müssen. Gehen wir zur Uteruswunde zurück, so haben wir es zu thun mit Wundrändern von 1,5—2 cm und mehr Durchmesser. Eine Wunde, welche eine penetrirende ist, mit zwei anatomisch ganz verschiedenen Oberflächen, eine Wunde, welche in Folge Kontraktion, Retraktion, Relaxation, Dehnung großen Schwankungen unterliegt, deren Neigung, nach der serösen Oberfläche hin divergirend aus einander zu weichen, eine außerordentliche ist, eine Wunde, deren enormen Blutreichthum man unter dem Schutze der künstlichen Blutleere sich gar so leicht weg denkt, zum Verschluss einer solchen eigenartigen Wunde sollte die einfache Naht die beste, die richtigste sein?! Mit nichten!

Angesichts der großen Zahl von Nahtvarianten thut gewiss Vereinfachung und Einheit noth und wenn ich selbst innerlich überzeugt wäre, dass die von Fritsch wieder empfohlene einfache Uterusnaht berufen wäre, die Allen genehme Einheitsnaht zu sein, so würde ich mich ihr gern abermals zuwenden, wie ich sie früher verlassen habe. Ich bin aber der unerschütterlichen Meinung, dass mit der doppelreihigen Knopfnaht, wie ich und die Mehrzahl der Operateure mit mir sie verstehen und üben, der weitest erforderliche und zulässige Grad von Vereinfachung erreicht sei und dass die sero-seröse Naht ohne Nachtheil nicht entbehrt werden könne.

Wie kann man überhaupt die doppelreihige Knopfnaht komplicirt nennen? Was in aller Welt soll da komplicirt sein? Dass man einige feinere Nadeln, feine Seide dazu haben muss, dass jeder Wundrand doppelt zu durchstechen ist, etwa? Oder, dass man gegenüber der einfachen Naht, die dafür mehr Hefte bedarf, als unsere tiefe Nahtreihe, einige Fäden mehr zu legen hat? Wenn in dem geringen Mehraufwand an Zeit eine Komplikation erblickt werden soll, so kann man auch trotz sero-seröser Naht oder gerade wegen ihr sehr schnell nähen: ich halte aber eine solche Hast gar nicht für angebracht. So brauchte H. A. Kelly (Med. and Surg. Reporter, Philadelphia 1890. Januar) bei seinem letzten Kaiserschnitt zum Einlegen und Knoten von 8 tiefen und 13 oberflächlichen Nähten zwölf Minuten, d. i. für jeden Faden etwas mehr als 30 Sekunden; ja Zweifel in einem Falle zu 9 tiefen, 11 oberflächlichen Nähten gar nur 5 Minuten 50 Sekunden. Mag man nun in der sero-serösen Naht, wie ich, ein Mittel sehen, um die uterine Gesammtwunde nach Analogie anderer Organe mit glatter Muskulatur und seröser Oberfläche durch enge und feine Vernähung der Serosae einen rasch verklebenden Abschluss nach der freien Bauchhöhle oder sie mit Zweifel als Decknaht betrachten, welche eine Verklebung der Uteruswunde mit der Bauchwunde verhindern soll, gleichviel: da die Uteruswunde aus 3 Gewebsarten besteht, so kann für dieselbe

die einfache Uterusnaht weder physiologisch, noch chirurgisch als das Richtige erkannt werden, vielmehr muss die Uterusnaht, wenn die innerste Gewebsschicht ausgelassen wird, für Muscularis und Serosa mit Nothwendigkeit mindestens eine doppelreihige sein.

Daher lässt sich allerdings die Uteruswunde nach Enukleation eines interstitiellen Myoms nicht ohne Weiteres, wie J. Veit und Fritsch thun, mit der Kaiserschnittwunde vergleichen, erstens, weil jene für gewöhnlich nicht bis in das Cavum uteri durchgeht, zweitens, weil ihr wohl Retraktion, aber nicht Kontraktion zukommt, drittens, weil der Kaiserschnittuterus physiologische und stets annähernd gleichmäßige, der Myomuterus pathologische und stets wechselnde Verhältnisse darbietet. So sind für die Myomwunde weit mehr Nähte erforderlich, um der Blutung Herr zu werden und ist eine große Zahl von intraperitoneal behandelten Fällen wegen ungenügender Naht und gerade wegen Weglassung einer genauen sero-serösen Falznaht, die ich von jeher auch für die Naht des Myombettes, wie für den zu versenkenden Stumpf nach Porro-Operation forderte, zu Grunde gegangen.

Ich bin heute auch in der glücklichen Lage, zum Lobe der viel geschmähten sero-serösen Falznaht des Uterus zu meinen zahlreichen schon früher beigebrachten Argumenten noch weitere zu bringen, welche sich auf neue anatomische Untersuchungen stützen.

Da muss ich denn zuerst eine Ausstellung berichtigen, welche mir mit besonderer Hartnäckigkeit immer wieder von J. Veit gemacht worden ist, nämlich, als ob ich je behauptet hätte, dass einfach, wenn auch sonst noch so dicht an einander gelagerte seröse Flächen mit einander verwachsen könnten. Natürlich kann dies zwischen 2 mit Endothel bekleideten Flächen jemals eben so wenig geschehen, als zwischen 2 mit Epithel bekleideten. Eine schon vor Jobert de Lamballe, Gély, Lembert den Chirurgen bekannte Thatsache ist aber, dass mit Endothel bekleidete Flächen, wie die serösen des Peritoneum, ohne Anfrischung, lediglich durch mechanische, chemische, entzündliche Reize, welche ganz einfach zum Verlust des schützenden Endothels führen (das Endothel braucht dabei nicht einmal vollständig zu Grunde gegangen zu sein), gegenseitig Verklebungen eingehen können. Ich verweise in Bezug auf diese Dinge nach der chirurgischen Seite, auf neuere, sehr wichtige Untersuchungen von John D. S. Davis (Annals of Gynecology 1890. Januar), welcher durch eine große Anzahl von Experimenten nicht bloß die Bedingungen der gegenseitigen Verwachsung seröser Blätter studirte, sondern sogar dahin gelangte, festzustellen, wie lange Zeit dieselbe in Anspruch nehme je nach der Art der endothelialen Anfrischung. Auch er betont, was ich immer und immer hervorgehoben habe, dass die Nahtstiche, die Nahtfäden Anfrischungsreize darstellen, welche seröse Flächen in kürzester Zeit zur Verlöthung bringen. Dass demgemäß die durch Lembert'sche Naht

vereinigten eingefalzten Serosae rasch mit einander verkleben, ist eine unumstößliche Thatsache.

Dr. Teuffel hatte bereits selbst bei der Beschreibung seines Falles von Kaiserschnitt (wegen Carcinoma colli mit Tod an dem Grundleiden nach 21 Tagen (Archiv f. Gynäk. XXXVI, 2) auf die wichtige Rolle hingewiesen, welche dabei die symperitoneale Falznaht gespielt hatte, indem sie das völlige Aufklaffen der von innen her in Folge von Lochiometra bis an die Serosa hin größtentheils aus einander gewichenen Uteruswunde verhinderte. Herr Dr. Teuffel

Fig. 1

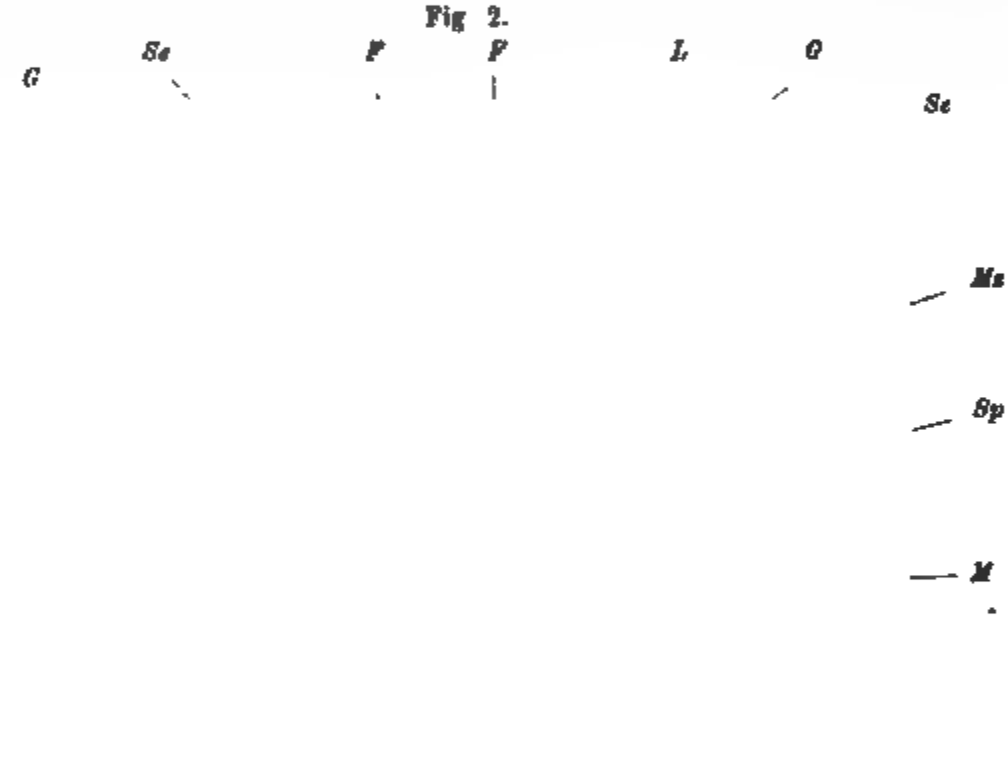
Krebsmassen

hatte die große Güte, mir den betreffenden Uterus behufs weiterer Verwerthung zur Verfügung zu stellen, wofür ich ihm hiermit meinen verbindlichsten Dank abstatte. Um die anatomische Untersuchung dieses in der That kostbaren Präparates zu einer völlig objektiven zu gestalten, übergab ich dasselbe Herrn Kollegen Beneke und hatte derselbe die Güte, mir einen ausführlichen Bericht zuzustellen, wofür ich auch ihm meinen besten Dank sage. Leider ist es mir wegen Platzmangel nicht möglich, denselben vollständig wiederzu-

geben. Hier sei nur das Wichtigste aus den Berichten Teuffel's und Beneke's hervorgehoben.

Teuffel fand bei der Sektion »die Überkleidung der Nahtlinie mit dem Bauchfelle derart, dass von den Fäden nichts sichtbar war«. Der Befund, den die Wunde des von hinten geöffneten Uterus darbot, ist in nebenstehender Zeichnung wiedergegeben. Die ehemalige Uteruswunde erscheint hier als »eine Längsfurche, bis zu 1,5 cm breit und stellenweise so tief, dass sie bis an die Serosa heranreichte. Quer über diese Furche sind mehrere Seidenfäden — — ausgespannt. — — Die in der Gebärmutter zurückgehaltene Flüssigkeit hat bei den Austreibungsbewegungen derselben die Nahtränder aus einander getrieben und eine Verwachsung der Muscularis vereitelt. Das Bauchfell hat jedoch, dank der genauen Vereinigung, als letzter Wall erfolgreich Widerstand geleistet«. Die Narbe der seroserösen Nahtreihe erschien am Spirituspräparat vollkommen glatt, von den Seidenfäden sah man nur einzelne wie durch eine zarte Membran durchschimmern. Die mikroskopische Untersuchung (vgl. hierzu Abbdg. 2 und 3) stellte fest:

Fig. 2.



Lupenvergrößerung (8-fach).

Sp Spalt der Muskelwunde *D* breite innere Diastase der Muscularis. *V* schmale, brückenartige Verklebung der Muscularis. (*Sp* und *D* gehen trotz *V* in einander über.) *Se* Serosa. *F* Seidenfäden. *L* Lücke durch Ausfall eines solchen. *G* Granulationsgewebe über und zwischen den Serosae. *Ms* nekrotische Muscularieszone. *M* Muscularis.

1) zahlreiche, häufig in den Wandungen kleinster Venen sitzende Krebsnester innerhalb der Nahtzone;

2) Nekrose der Muscularis im Bereich der tiefen Nähte, Mangel jeglicher Verklebung in dem Spalt (*Sp*, zwischen den Rändern der Muskelwunde, welche lediglich durch den Druck der Seidenfäden an einander gehalten wurden. Nekrotisches Gewebe begrenzt auch die breit diastasirenden (*D*) Flächen des inneren Theiles der Muscularis. Nur an vereinzelten Stellen findet sich am Übergang in die Diastase eine schmale, brückenartige Zone noch frischen, von Rundzellen

durchsetzten Gewebes in gegenseitiger Verklebung (*V*). Fig. 3 zeigt einen Schnitt durch die Uteruswand in natürlicher Größe. Der Muscularisspalt reicht hier bis an die verwachsenen Serosae. Die tiefen Seidenfäden, die Demarkation der nekrotischen Ränder der Muscularis sind deutlich erkennbar. Die Nekrose der Muscularis bezieht Beneke einestheils auf Gewebsumschnürung durch die Nähte, anderntheils auf Beeinträchtigung der Gewebsernährung durch die Krebsentwicklung.

Fig. 3.

Die leicht eingebogenen Serosaflächen (*Se*) waren jedoch überall durch frisches Granulationsgewebe von dichtem Gefüge mit einander verklebt. Letzteres überzog auch die nicht eingebogene Oberfläche der Serosa in Nähe der Wunde, schob sich mit reichlicher werdenden Rundzellen eine Strecke weit in den Spalt zwischen der Muscularis ein und durchsetzte mit zahlreichen Wanderzellen die Seidenfäden (*F*) etc. Allein die sero-serösen Gewebsflächen hielten somit durch plastisch-organische Verwachsung den Muscularisspalt geschlossen.

Ich frage, ob man einen noch stärkeren Beweis für die Nothwendigkeit einestheils eines nicht so schnell resorbirbaren Nahtmaterials, anderntheils der sero-serösen Naht nach Lembert verlangen kann. Wenn letztere unter so kritischen Verhältnissen ihren Zweck so trefflich bewährte, so wird sie es erst recht in den unkomplicirten Fällen thun. Unter keinen Umständen würde die einfache Uterusnaht ein Gleiches haben leisten können, eben so wenig irgend eine andere Art der oberflächlichen Naht mit weniger genauer Aneinanderheftung der Serosae, als die Lembert'sche Naht sie vollbringt. Die Serosae sind es, welche am schnellsten, sichersten und vollständigsten zusammenheilen. Selbst in Fällen von Tod an Sepsis fand man die sero-seröse Naht geschlossen: wenn die Kaiserschnittwunde klaffte, so that sie dies stets von der Decidualseite her. Selbst wenn die Uteruswunde gar nicht genäht wurde, erfolgt, wie ich nachweisen konnte, die Heilung durch Vermittlung der Serosae. Kurz, diesen kommt für die Heilung von Wunden des Uterus dieselbe Bedeutung zu, wie dem Peritoneum des Darmes, der Blase, der Bauchwand, dessen specielle Naht ein chirurgisches Dogma ist. Die sero-seröse Naht ist für den Uterus unerlässlich.

Ich komme nun zur Frage der Wahl des Nahtmaterials.

Konsequent habe ich bei allen meinen Kaiserschnitten ausschließlich die doppelreihige Knopfnaht angewandt, aber ich habe mehrfach mit dem Nahtmaterial gewechselt und nach einander für die tiefen Nähte Silberdraht, Chromkatgut und gedrehte Seide verwendet, nicht weil mich jeweils das zuerst verwandte Nahtmaterial nicht befriedigt hätte, sondern weil ich verschiedene Nahtmaterialien prüfen wollte. Irgend welcher Unterschied in Bezug auf Art des Verlaufs der Heilung ist dabei nur hinsichtlich des Chromkatgut zu Tage getreten, indem sich in dem einen damit behandelten Falle eine ganze Reihe von Nahtschleifen durch eine Fistel der Bauchwunde ausstieß, was auch Döderlein beobachtete. Sonst ist mir die Seide am bequemsten erschienen und kann ich ausdrücklich hervorheben, dass gerade in meinem letzten Falle, wo diese allein zur Verwendung kam,

nur eine ganz geringfügige Verwachsung des Fundus uteri erfolgt ist. — Andere Operateure sind in Bezug auf das Nahtmaterial konsequenter geblieben, wie Schauta, welcher noch immer den von mir von Anfang an auf Grund der historisch-statistischen Ergebnisse als das glücklichste Nahtmaterial hingestellten Silberdraht verwendet, wie er auch in Leopold's und meinen ersten Fällen gewählt worden war.

Es muss Schauta beigepflichtet werden, dass der Silberdraht die gefassten Gewebstheile am wenigsten einschnürt und anämisirt, aber bei richtiger Handhabung lässt sich das annähernd auch durch die Seide erreichen, wofern man nur ganz nahe (2—3 mm) den Wundrändern ein- und aussticht, nicht zu viel Gewebe fasst und die Fäden nicht zum Durchschneiden fest anzieht.

Die von Torggler beigebrachte Thatsache, dass bis jetzt von den Fällen, wobei mit Silberdraht genäht wurde, die meisten wiederholten Schwangerschaften zu verzeichnen seien, ist wohl anzuerkennen, aber wenn dies darauf beruhen mag, dass in den betreffenden Fällen die primäre Heilung der Uteruswunde eine bessere war, so wie dass es weniger zu Verwachsungen mit der vorderen Bauchwand kam, so können gleiche Leistungen bei richtiger Handhabung doch auch von anderen Nahtmaterialien, namentlich der Seide, prestirt werden. Wenn auch jene Statistik wiederholter Kaiserschnitte ein gewisses Überwiegen der Silberdrahtfälle darbietet, so ist sie doch noch zu klein, um absolut für letzteres Material zu sprechen.

Es ist nun einmal nicht zu leugnen, dass die vorstehenden Drahtenden, auch wenn man sie sorgfältig nach innen umbiegt und dieselben durch die sero-seröse Naht wenigstens zum Theil unter das Niveau der Oberfläche des Uterus zu liegen kommen, schließlich doch weiter hervorragen und mit Nachbarorganen in Konflikt kommen können (Leopold-Korn). Da der Silberdraht außerdem wohl aseptisch und unschädlich, aber doch ein unveränderlicher Fremdkörper ist, so ist er auch zu Gunsten von Katgut und Seide mehr und mehr zurückgegangen. Das schon von mir empfohlene, von Ehrendorfer und Leopold eingeführte Chromkatgut muss nach den damit gemachten Erfahrungen, so wie nach den experimentellen, seine Unlöslichkeit feststellenden Untersuchungen von Thomson wohl aufgegeben werden. Ob es gelingen wird, wie Münchmeyer hofft, durch abgekürzte Einlegung in Chromsäure eine weniger lederartige Sorte von Chromkatgut zu erzielen, bleibt abzuwarten. Weichkatgut gab bekanntlich früher die schlechtesten Resultate für die Uterusnaht. Sichere aseptische Herstellung desselben (Brunner, Benckiser, Döderlein), so wie die Verbesserungen der Nahtmethode haben auch hier Wandel geschaffen und ist die jetzt von Hertzsch aus der Zweifel'schen Klinik veröffentlichte Serie von glücklichen Kaiserschnitten mit Weichkatgut-Naht ein schöner Beweis, wie zuverlässig dieselbe geworden ist. Bei aseptischem Verlaufe können die wenigen Tage, welche Solches unverändert bleibt, zur primären Wundverklebung hinreichen, aber dann darf die

Heilung der Wunde auch in keiner Weise in Frage gestellt sein.

Hätte Teuffel mit solchem Katgut genäht, so würde die Wunde wohl schwerlich gehalten haben. Eine längere Haltbarkeit ist dem Weichkatgut nicht eigen. Desswegen und weil die sichere aseptische Herstellung — unter keinen Umständen würde ich trauen, »sterilisirtes Katgut« aus einer Fabrik zu beziehen — nicht Jedermanns Sache ist, halte ich es doch für die allgemeine Praxis nicht für empfehlenswerth.

Es bleibt daher immer wieder die Seide[8] das vielseitigste, bequemste und darum geeignetste Nahtmaterial, wie dies einerseits auch die Geschichte der Uterusnaht erweist und jetzt wieder durch die Untersuchungen von Thomson erhärtet worden ist. Ich selbst fand feine Seide (bei Kaninchen) bis zum 21. Tag resorbirt, Thomson jedenfalls stärkere Sorten nach 64 Tagen, während Chromkatgut nach Mikulicz in gleicher Zeit sich noch unverändert erwies.

Die verschiedenen Operateure mögen wohl eine Vorliebe für Silberdraht, für diese oder jene Sorte Katgut bewahren, als Einheitsmaterial kann doch nur die Seide betrachtet werden. Auch diese verschmähen nicht, wenn sie Silberdraht oder Chromkatgut zu tiefen Nähten nehmen, Seide für die oberflächlichen zu wählen oder wenn sie mit Weichkatgut fortlaufend oder sonst wie nähten, zur größeren Sicherheit gegen das »Aufgehen« einige tiefe Seidennähte zu legen. Was mich selbst angeht, so werde ich in der Folge mich auch darin konsequent zeigen, dass ich nur noch aseptische Seide verwende.

So hoffe ich überzeugend dargethan zu haben, dass als die sicherste, beste und relativ einfachste Methode, die Uteruswunde zu schließen und primäre Heilungen derselben zu erzielen, die doppelreihige Knopfnaht und die Verwendung von Seide als Nahtmaterial sei.

Zum Schluss will ich nur noch in Kürze darauf eingehen, wie wohl am ehesten Verwachsungen des Uterus mit der vorderen Bauchwand, in zweiter Linie mit dem Netz, Darmschlingen, der Blase, vorgebeugt werden können, eine Frage, der auch Zweifel (siehe die Arbeit von Hertzsch) besondere Aufmerksamkeit gewidmet hat. Es scheint mir dies besonders von 3 Umständen erwartet werden zu dürfen, welche bisher in nicht zu vielen Fällen obgewaltet haben,

---

[8] Ich verwende niemals geflochtene Seide, sogenannte Turnerseide, sondern nur reine, gedrehte chinesische Seide, welche locker auf gewöhnlich 2 Finger breite Holzspäne aufgewickelt, eine Stunde lang in 5%iger Karbollösung gekocht, dann in Sublimat 1 : 500 aufbewahrt wird.

Einer Prüfung werth erscheint als Nahtmaterial der von Trendelenburg wieder eingeführte Leinenzwirn (»Marshallzwirn«). Da derselbe fester ist als Seide, so können die Fäden noch dünner gewählt werden als von letzterem Material, was mir bei plastischen Operationen, wo auch ich Zwirn verwendete, als sein Hauptvortheil erschien. (S. Heyder, Centralbl. f. Chir. 1888. No. 51 und Nigrisoli, welcher gleichfalls Zwirn für die Uterusnaht vorschlägt, Raccoglitore med. 1890. No. 7.)

1) in Einhaltung einer vollkommenen Asepsis, wobei die peritonealen Oberflächen nicht durch chemische Antiseptica gereizt wurden, 2) in möglichster Verbergung der Knoten des Nahtmaterials der Uteruswunde. Wenn man an die vorstehenden Enden des Silberdrahtes, an die dicken Knöpfe der Knoten von Katgut, von Turnerseide[9] denkt, so begreift man, dass von ihnen Verwachsungen ausgehen müssen.

Auch das ist daher ein großer Vortheil der sero-serösen Naht, dass man durch dieselbe die dicken Nahtknoten zum Verschwinden bringen kann, indem die Serosae über ihnen zu einer feinen Falte erhoben werden. Andererseits kann man bei Naht mit Seide weit dünnere Fäden, entsprechend etwa No. 2 von Katgut, und dünnere Nadeln verwenden. Für die sero-seröse Naht ist am geeignetsten feine Unterbindungsseide, die man dicht über den dünnen Knoten abschneidet. So lässt es sich leicht erreichen, dass nur die letzteren etwas vorragen, wodurch eine wesentliche Ursache von Adhäsionenbildung fortfällt.

3) Hat man, wie auch Hertzsch[10] hervorhebt, bisher nicht bedacht, dass die Ursache der Verwachsungen eben so gut, ja vielleicht noch öfter in der Bauchwand zu suchen sei. Je sorgfältiger, d. h. enger und gleichmäßiger, mit Fassung des Peritoneum parietale, wiederum mit möglichst dünnen Nadeln, man daher näht, um so glatter wird die Bauchwand auch innen verheilen und weniger Neigung zeigen, sich mit dem dicht dahinter gelegenen Uterus zu verlöthen. Die von Zweifel schon früher empfohlene und jetzt wieder geübte Überdeckung der vorderen Uteruswand mit dem großen Netz kann letztere allerdings von der vorderen Bauchwand abhalten: dafür wird aber der Uterus mit dem Netz verwachsen, wie er dies häufig auch mit der Blase thut. Gelöst also, wie man sieht, ist das Problem, den genähten Uterus vor Verwachsungen ganz zu sichern, noch nicht, doch sind wir der Lösung entschieden näher gekommen und sind im Grunde die Nachtheile der meist nur wenig ausgedehnten Adhäsionen durchaus unerheblich.

Ich würde wahrlich nicht abermals für die rationelle, auf den anatomischen Verhältnissen fußende Gesammtnaht der Kaiserschnittuteruswunde eingetreten sein, wenn ich nicht nach wie vor der Überzeugung wäre, dass die Aufgabe der sero-serösen Falznaht einen Rückschritt bedeutete, der gerade jetzt, wo die operative Technik der Sectio caesarea in ihren Grundzügen sonst abgeschlossen ist und in den Kliniken Triumphe feiert, vermieden werden muss, um das

---

[9] Man betrachte nur die von Lusk (New York med. journ. 1889. Septbr. 14) gegebene Abbildung eines Kaiserschnittuterus von einer 5 Tage p. op. Verstorbenen. Sofort erkennt man, dass mit Turnerseide genäht worden ist: die vordere Uteruswand sieht aus, als ob ein Dutzend Haarseile durchgezogen worden wäre.

[10] Dass eine einzige ausschwitzende Wundfläche zur Entstehung symperitonealer Verwachsungen ausreiche, habe ich früher schon experimentell und klinisch bewiesen (siehe Arch. f. Gynäk. Bd. XXIV, 1).

Ideal der Geburtshilfe, »allzeit lebende Mutter, allzeit lebendes Kind«, in allen Lagen der Praxis verwirklicht sehen zu können, wo Geburtshelfer thätig sind. Nur auf Grund einer festgegründeten Technik, wie es die für die Wendung, die Zangenoperation etc. längst ist, wird es möglich sein, den erweiterten Indikationen für den Kaiserschnitt überall in der Praxis Eingang zu verschaffen. Für die Praxis muss es feste Normen geben. Individualistische Änderungen werden und sollen niemals aufhören, denn auf ihnen beruht der Fortschritt, aber auch sie sollen erst als wahre Verbesserungen begründet werden, ehe man sie als solche empfiehlt. So schließe ich mit den Worten Teuffel's: »Wenn man bedenkt, dass der Kaiserschnitt neuerdings sehr lebhaft den praktischen Ärzten empfohlen wird, so muss man jedenfalls dasjenige Verfahren in den Vordergrund stellen, welches die größtmögliche Sicherheit bietet.«

III. Noch einmal die Vereinfachung des Kaiserschnittes.

Von

Heinrich Fritsch.

Als ich die Veröffentlichung von Leopold (Arch. f. Gyn. XXXVI p. 415) zuerst in die Hand bekam und las, dass er bei seiner Methode der Naht einen Verblutungstod zu verzeichnen hatte, nahm ich an, dass er, durch diesen Misserfolg belehrt, nunmehr seine Methode für schlecht erklären und zu der meinigen übergehen werde.

Man muss doch nach Lesung des Leopold'schen Falles folgendermaßen schließen: Leopold lieferte den Beweis, dass bei blutender Gebärmutterwunde die seroseröse Naht nichts nützt. Schließt die Uterusnaht nicht genügend (Leopold), so sickert Blut aus, auch durch die seroseröse Naht hindurch. Oder die Uterusnaht schließt und hält gut, es blutet nicht, dann blutet es auch später nicht (Fritsch). In beiden Fällen ist folgerecht die seroseröse Naht überflüssig.

Wie erstaunt war ich aber, als ich las, dass Leopold gerade umgekehrt erst beweist, dass seine Nahtmethode nicht vor Blutung schützt, dann trotzdessen für sie eintritt und eine andere Methode bekämpft, der jene Gefahren nicht anhängen.

Bei genauer Lesung aber des Leopold'schen Aufsatzes zeigte sich, dass Leopold die seroseröse Naht Sänger's gar nicht ausgeführt hat. Seine Nahtmethode entbehrt der Sicherheit. Leopold legte nicht muskuläre und seroseröse Nähte, sondern tiefe und oberflächliche. Da ist aber ein großer Unterschied! Sänger näht erst die Uterusmuskulatur, dann zieht er über diese Naht das Peritoneum. Ist auch freilich das Peritoneum mit der Uterusmuskulatur so fest verbunden, dass man es nicht etwa ganz getrennt abziehen kann, so fasst doch Sänger mit der Naht möglichst wenig Muskulatur. Leopold dagegen fasst (p. 422) bei seiner Naht »reichlich $^1/_2$ cm

tief« Muscularis mit. Diese Naht ist aber nicht eine peritoneale Naht im Sänger'schen Sinne, sondern eine muskuläre Naht. Und es ist wohl mit Sicherheit anzunehmen, dass diese Naht an der Verblutung schuldig ist. Wird dicht neben einer Katgutnaht eine andere Muskelnaht mit Seide gelegt und festgezogen bezw. geknüpft, so wird das gefasste Gewebe zusammengedrückt, daneben quillt es hervor und lockert eine daneben liegende Schlinge, wenn sie nicht, wie es bei Seide am besten gelingt, sehr fest gezogen und sehr sicher geknüpft ist. Leider ist es bei dem Katgut nicht immer der Fall.

Wird ferner nur seroserös genäht, so dass im Gegentheil zu Leopold möglichst wenig Muskelgewebe gefasst ist, so drückt man diese dünne gefasste Masse leicht fest an einander, ohne dadurch die darunter liegenden Nähte zu beeinflussen. Fasst man aber »reichlich $^1/_2$ cm Muskelgewebe« und zieht man mit Seide diese dicke gefasste Masse fest zusammen, krempeln sich die Wundränder ein, so presst sich diese Masse gleichsam wie ein Keil zwischen die Muskelwunde, drängt und schiebt sie aus einander. Es wird dann unmittelbar unter den eingekrempelten Wundrändern ein Hohlraum geschaffen, in den es bluten kann. Sind nun die oberflächlichen Nähte nicht nahe genug an einander gelegt, so sickert das Blut nach außen. Ich bin fest überzeugt, wäre Leopold Sänger's Vorschriften gefolgt, hätte er wirklich »seroserös nach Sänger« genäht, so wäre trotz des mangelhaften Aneinanderliegens der Uteruswände die Verblutung nicht erfolgt. Dass man durch eine sorgfältige seroseröse Naht eine noch andauernde Blutung aus einem Stichkanal definitiv stillen kann, ist zweifellos. Jedenfalls steht fest, dass Leopold weder fest und sicher muskulär, noch genügend dicht seroserös genäht hat. Er darf sich desshalb auch nicht wundern, wenn er Ähnliches, wie er berichtet, erlebt.

Was mir aber besonders beweisend für die Unrichtigkeit der Leopold'schen Anschauungen ist, sind seine Angaben über die Uteruswunde. Leopold sagt, man solle den Schnitt im Uterus nur 8 cm lang machen. Ein Schnitt von 8 cm Länge giebt ein Loch von 16 cm Umfang. Will Leopold einen Kindskopf von circa 33 cm Umfang durch ein Loch von 16 cm Umfang ziehen? Eine gewisse Dehnbarkeit ist ja freilich vorhanden, aber auf den doppelten Umfang dehnt sich eine Uteruswunde nicht. Selbst ein Schlitz von 12 cm Länge riss mir, trotz vorsichtiger Entwicklung des Kindes, an einem Ende ein. Und eine so große Wunde von ca. 14 cm Länge will Leopold mit 5—6 tiefen und 6—8 oberflächlichen Nähten vereinigen! Hoffentlich macht er dies gefährliche Experiment nicht. Ich wenigstens habe stets 15—16 tiefe Nähte gelegt. Leider ist die Zahl bisher nicht notirt. Aber nach der Aussage sämmtlicher Betheiligter war — mitgerechnet die später in blutende oder klaffende Stellen der Wunde gelegten Suturen — diese hohe Zahl stets erreicht.

Man muss freilich auch unterscheiden zwischen der Länge des

Schnittes bei vollem Uterus und der Länge der Wunde beim leeren Uterus. Beim nächsten Kaiserschnitt werde ich genau 3mal messen:

1) Wie lang ist der Schnitt bei vollem Uterus?

2) Wie lang ist die Wunde nach Entfernung des Kindes und der Placenta?

3) Wie lang ist die Wunde nach Vollendung der Naht bei gut zusammengezogenem Uterus kurz vor dem Schluss der Bauchwunde?

Auch ist zu berücksichtigen, dass bei fester Gummibandumschnürung des Cervix der Uterus größer bleibt, als bei blutstillendem Fingerdruck, denn durch letzteren wird das Blut nicht völlig fern gehalten und der etwas ernährte Muskel zieht sich besser zusammen.

Lege ich also in eine Wunde von 15 cm primärer Länge 15 Nähte, so wird dies bei der Zusammenziehung des Uterus eine sehr dichte Naht sein. Sind diese einzelnen Suturen sehr sorgfältig gelegt und sehr fest zusammengezogen, so ist damit natürlich eine viel sicherere Naht hergestellt, als wenn nach Leopold's Vorschlage 5—6 tiefe Nähte gelegt sind. Ich nähe also 3mal so dicht!

Jedenfalls wird durch den Blutaustritt und die Blutansammlung zwischen die Wundränder in Leopold's Falle die einfache Thatsache bewiesen, dass Leopold's tiefe Naht die Wundränder nicht genügend zusammenhielt. Freilich ist Katgut in dieser Beziehung ein gefährliches Material, und selbst Chromkatgut, wenn es auch fast die Beschaffenheit des Drahtes hat, ist doch lange nicht so sicher zu knüpfen, als ein guter Seidenfaden.

Noch bemerke ich, dass Atonie und Tonus des Uterus mit diesen Verhältnissen nichts zu thun hat. Beide Zustände haben wohl Wichtigkeit bezüglich der Placentarstelle, wo sich offene Gefäßöffnungen finden, nicht aber bezüglich der Wunde, wo eine sichere Naht die Gefäße verschließt. Oder glaubt Leopold etwa, dass der Uterus zuerst tonisch und dick zusammengenäht sei, später atonisch und schlaff würde, so dass eine früher feste Naht durch Atonie gelockert werden könnte? Ich glaube im Gegentheil, dass eine feste Naht sowohl unmittelbar als später fest bleibt. Die Infiltration wird sie eher fester machen und die Kompression so vieler Placentargefäße — falls die Placentarstelle getroffen ist — wird, einer Unterbindung der Venen in der Kontinuität gleichkommend, auch bei der Verhütung der Post-partum-Hämorrhagie günstig wirken.

Beobachtet man eine so fest geschnürte Wunde nach der Vereinigung, so liegt sie tief unter der Uterusoberfläche, so tief, dass die Serosa bezw. das nicht in den Bereich der Kompression fallende jenseitige Uterusgewebe über diese tiefe Rinne hervorquillt und sich fast über dieser tiefen Rinne an einander legt.

Es kostet wenig Mühe, durch Nähte die Serosa hier zu vereinigen. Ich tadle auch gar nicht diese zweite Vereinigung, wer sie machen will, wird zweifellos nichts Falsches machen, nur glaube ich, dass diese Naht entbehrt werden kann.

Da ich nun der Ansicht bin, dass bei der Prognose der Laparo-

tomien die Methode der Operation, die Technik, die Schnelligkeit, die Zartheit — wenn ich so sagen darf — im Operiren sehr wichtig ist, so ließ ich im Interesse dieser Erfordernisse die seroseröse Naht weg. Wer aber meine Anschauungen nicht theilt, wird natürlich diese Naht wie früher machen, und auch im Recht sein. Unfehlbarkeit in medicinischen Dingen beansprucht kein vernünftiger Mensch. Man äußert seine Ansicht, sucht sie zu beweisen und ist jedem Fachgenossen dankbar, sei es, dass er sie bekämpft, sei es, dass er beitritt.

Den Bestrebungen, alle Operationsmethoden zu vereinfachen, liegt eine nicht zu verkennende Unvermeidlichkeit zu Grunde. Die ganze Technik der Wundbehandlung wandelt sich um. Aus der Antisepsis wird die Asepsis und aus der absoluten Asepsis die relative. Statt Ströme von Desinficientien haben wir nur noch für unsere Hände das Sublimat, für die Instrumente den Sterilisator und für die Wunden das sterilisirte Wasser. So gewinnen auch die Operationen mehr und mehr an Einfachheit, die komplicirten Methoden werden verlassen. Diesem Zuge der Zeit folgend, rathe ich die Doppelnaht aufzugeben und statt ihrer eine einfache Naht zu machen. Dass sie genügt, habe ich bewiesen, dass die Doppelnaht unter Umständen ungenügend ist, bewies Leopold.

Ich überschätze aber durchaus nicht den Werth meiner Auseinandersetzungen. Denn schließlich ist es ja individuell, was Jemand für leicht oder schwierig hält. Wenn z. B. Sänger behauptet, die seroserösen Nähte legten sich sehr schnell an, er würde damit leichter als mit den vielen tiefen Nähten fertig, so lässt sich gar nichts dagegen einwenden. Jeder hat das Recht so zu handeln, wie er es verantworten kann. Ich halte jedenfalls meine Methode für die beste, sonst würde ich sie nicht anwenden.

Ob ich Unrecht hatte, die Naht des Geschwulstbettes nach Auskernung eines Myoms zum Vergleiche heranzuziehen, scheint mir für die vorliegende Frage nicht wichtig. Man kann hier eben sowohl Ähnlichkeiten als Unterschiede suchen und finden. Eine Vergleichung, die nicht irgendwo hinkt, giebt es natürlich nicht. Es würde zu weit führen, auf diese sonst gewiss interessante Frage hier einzugehen.

Zum Schluss möchte ich aber gegen den Ausdruck Leopold's protestiren: Jedenfalls hat Fritsch viel Glück gehabt. Wir kennen doch heut zu Tage nicht mehr diesen fatalistischen, auf Logik Verzicht leistenden Begriff. Wir suchen unsere Erfolge und Misserfolge zu erklären und zu verstehen. Glück ist kein medicinischer, sondern ein Laienbegriff. Für den wissenschaftlichen Arzt giebt es keine Erfolge, die er dem »Glück« oder der »glücklichen Hand« verdankt. Dass es jedenfalls nicht nöthig ist, den unklaren Begriff des Unglücks für Leopold's Misserfolg heranzuziehen, glaube ich bewiesen zu haben.

Kasuistik.

1) Leopold. Zur Vereinfachung und Naht des Kaiserschnittes.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

L. warnt davor, in den modernen Bestrebungen zur Vereinfachung des Kaiserschnittes zu weit zu gehen. Er ist zwar mit Fritsch der Ansicht, dass es überflüssig sei, bei der Naht die Decidua zu vermeiden, dagegen hält er im Gegensatz zu Fritsch nach wie vor die oberflächlichen Nähte der Uteruswunde für wesentlich zur Sicherung gegen Nachblutung, nachdem er sich an einem Falle überzeugt hatte, dass sogar trotz der seroserösen Naht aus den zwischen je 2 tiefen Nähten befindlichen Stellen eine tödliche Nachblutung eintreten kann. Fritsch habe also nicht Recht. Am rathsamsten sei, den Schnitt möglichst klein zu machen, etwa 8 cm lang. Dann 5—6 tiefe und 6—8 oberflächliche Nähte, welche letztere aber auch noch etwa 1 cm tief gehen sollten. Dass die seroseröse Naht sicher halte, davon hat sich L. bei Suturen mehrfach überzeugt.

Pfannenstiel (Breslau).

2) Cohnstein. Beiträge zur Lehre der Placentarverwachsung.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Zur Beurtheilung der Häufigkeit der Nachgeburtsoperationen hat C. unter den in der Litteratur vorliegenden Mittheilungen aus Entbindungsanstalten die operativen Fälle bei Abort und Frühgeburten, bei Atonie und Striktur der Gebärmutter ausgesondert und darauf den Procentsatz der eigentlichen Nachgeburtsoperationen im Verhältnis zu der Zahl der Entbindungen überhaupt in der Klinik auf 2,1 berechnet, den der Ablösung der verwachsenen Placenta mittels der Hand in der Klinik auf durchschnittlich 0,46, in der Poliklinik auf 4,35. Verf. bespricht die diagnostischen Merkmale der Placentarverwachsung und betont das habituelle Anwachsen. Während der Nachgeburtsperiode selbst giebt die Untersuchung mit der ganzen Hand den sichersten Aufschluss über die Verwachsung. Am häufigsten sei dieselbe im Fundus und vorn.

Beachtenswerth sei auch der Füllungszustand der abgebundenen Nabelschnur. Die Prallheit und die Wiederkehr der Fluktuationswellen deute auf das noch stattfindende Anhaften der Placenta hin.

C. erwähnt ferner die Anschauungen früherer Autoren in Betreff der Ätiologie der Placentarverwachsung und weist darauf hin, dass, eben so wie beim Abort, die größte Rolle spielen: das Trauma und die Entzündung des Endometriums, deren Ursachen zu finden seien in Fehlgeburten und schnell auf einander folgenden Wochenbetten, so wie Infektionskrankheiten, Syphilis und Nephritis. Verf. betont ferner die Placentarverwachsung bei Placenta praevia. Die Behandlung der chronischen Endometritis sei die beste Prophylaxe gegen die Placentarverwachsung, eben so wie auch gegen den Abort, die Placenta und andere Geburtsstörungen.

Pfannenstiel (Breslau).

3) Feleki (Budapest). Blasensteinbildung dermoidalen Ursprungs.

(Gyógyászat 1889. No. 44.)

F. theilt folgenden interessanten Fall von Harnsteinbildung mit:

Frau A. L., 57 Jahre alt, kam vor einem Jahre mit der Klage zu F., dass sie seit 8 Jahren an Dysurie leide, indem sie des Nachts wohl 20mal uriniren muss und jedes Mal nur einige Tropfen unter heftigen Schmerzen entleeren kann. Dieser Zustand dauert stets einige Wochen und endigt mit der Entleerung eines glatten, harten Körpers, den ihr Arzt für einen Nierenstein erklärt hat. Anfangs geschah dies nur jedes ½—1 Jahr, später immer häufiger, so dass sie, die bei dem Uriniren in Verlust gerathenen ganz kleinen Steine nicht mitgerechnet, schon eine ganze Masse von Steinen sammeln konnte. Ihr Urin war angeblich nie trübe, bildete kein Sediment.

F. fand bei der Untersuchung Blasensteine, die er mittels des Lithotriptors zerbröckelte und später mittels Litholapaxie entfernte.

Interessant sind die hierbei entfernten Steine; es sind dies nämlich etwa 200 Stück kleine Steine, von denen jeder die ursprüngliche Steinkonstruktion und in der Mitte ein 3—4 cm langes, dünnes, blondes Menschenhärchen als Achse besitzt; bei Einigen sind 3—4 kleine Steinchen mittels eines Haares rosenkranzartig mit einander verbunden. Auch die spontan entleerten etwa 50 Steinchen zeigten dieselbe Konstruktion. Sämmtlich waren sie melonen- bis mandelkerngroße Phosphatsteine mit einer glatten Oberfläche, bei einigen war eine Schichtung zu konstatiren.

Da ein Instrument nie eingeführt worden war und bei der alten, vernünftigen, durch ihre Krankheit sehr viel leidenden Frau eine Masturbation mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, und der normale Befund der Genitalien, so wie der Umstand, dass Pat. niemals akut erkrankt war und im Urin außer kleinen mikroskopischen Härchen keine anderen dermoiden Bestandtheile gefunden wurden, und schließlich die Art der Steinbildung, indem stets nur ein Haar den Mittelpunkt des Konkrementes bildete, sprechen gegen die Vermuthung, als ob ein Durchbruch einer Dermoidcyste in die Blase stattgefunden hätte. Es bleibt daher nur die eine Erklärung übrig, dass wir es hier mit einem »offenen Dermoid«, mit einer »Trichiasis vesicae« (Payer) zu thun haben. **Temesváry** (Budapest).

4) **Marocco** (Neapel). Oophoro-salpingektomie in einem Fall von schweren nervösen Störungen.

(Revue de Chirurgie 1889. No. 9.)

Pat. leidet seit 15 Jahren an nervösen, krampfartigen Zufällen während der Menses. 3maliges Tentamen suicidii. Retroflexio uteri fixata. Oophoritis beiderseits. Ein erneuter Selbstmordversuch bestimmte M. zur Operation; er entfernte beide cystisch degenerirte Ovarien und die chronisch entzündeten Tuben. Die Adhäsionen mit den Darmschlingen und der vorderen Uteruswand wurden gelöst, der Uterus reponirt und an die Bauchwand fixirt. Nach eingetretener Heilung blieben die Anfälle aus. Der Gesundheitszustand ist gut, nur fühlte sich Pat. über ihre Sterilität deprimirt. **K. Ruhemann** (Berlin).

5) **Bergstrand** (Schweden). Inversio uteri totalis. Intravenöse Kochsalztransfusion. Genesung.

(Hygiea 1889. Juni.)

33jährige Primipara, normale Geburt, nach welcher starke Blutung. Die Hebamme fühlte eine Geschwulst in der Vagina, aus welcher es stark blutete. Sie schickte nach 2 Ärzten, welche die Frau nach dem Krankenhause transferirten. Es waren wenigstens 2 Stunden nach der Geburt der Placenta verlaufen. Sie war tief kollabirt. Die teigige Geschwulst war der vollständig invertirte Uterus. Nach Ätherinjektionen wurde die Reposition versucht, aber vergebens. Um eine mäßige Narkose herbeizuführen, wurde, als Chloroform zu gefährlich schien, hypnotische Suggestion mit Streichungen angewandt, welche, ohne dass vollständige Bewusstlosigkeit eintrat, zum Ziele führte. Nach der Reposition stand die Blutung, der Collaps wird aber tiefer; mit dem vorhandenen Irrigator, an dessen Schlauche eine gewöhnliche Augenpipette zugefügt wird, ließ er $^1/_3$ Liter $6^0/_{00}$ige Kochsalzlösung einfließen nach Bloßlegung der V. mediana. Die Wirkung war augenfällig, der Puls hob sich und Pat. öffnete die Augen. Nach wenigen Tagen entstand eine septische Endometritis, dieselbe wurde mit intra-uterinen Karbolirrigationen behandelt und verlief günstig. **Ingerslev** (Kopenhagen).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

Herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bresl[illegible]

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 14. Sonnabend, den 5. April. **1890.**

Inhalt: I. **H. Stratz**, Operative Vorschläge. — II. **A. Holowko**, Zur Frage über Lebensfähigkeit sehr kleiner, zu früh geborener Kinder. — III. **J. Balin**, Ein Fall von „**Missed abortion**“. (Original-Mittheilungen.)

1) **Aswald**, Lehrbuch. — 2) **Roncaglia**, Placenta marginata. — 3) **Predöhl**, Peritonitis. Sitzungsberichte: 4) Gynäkologische Gesellschaft zu Berlin, 5) Dresden, 6) Wien, 7) Petersburg, 8) Brüssel, 9) New York, 10) Amerikanische Gesellschaft für Gynäkologie. X. Internationaler medicinischer Kongress.

I. Operative Vorschläge.

Von

Dr. C. H. Stratz.

Niederländisch-ostindische Armee, Batavia.

Bei einer Reihe von Kontrollversuchen des sogenannten Lawson-Tait'schen Verfahrens bei Dammplastik und Operationen an der hinteren Vaginalwand schien mir dasselbe vor der üblichen Methode den großen Vorzug zu haben, dass der Blutverlust ein fast minimaler ist, dass es stets sehr leicht gelingt, den Vaginalschlauch bis hoch hinauf vom Rectum, so wie vom Douglas'schen Raume loszulösen.

Die Hauptnachtheile dagegen außer der Verzerrung des Beckenbodens gegenüber der Simon-Hegar'schen Methode schienen mir zu bestehen in schlechter Übersichtlichkeit des Operationsfeldes, der dadurch bedingten Unsicherheit bei Anlegen der tiefen versenkten Nähte und endlich in dem Umstande, dass man eventuell überflüssiges Gewebe nicht entfernen kann.

Mein Bestreben, die Vorzüge beider Methoden zu vereinigen, hat mich zu einem Verfahren geleitet, das ich bisher in einigen Fällen anwendete, und zwar mit so überraschendem Resultat, dass ich schon jetzt in dieser vorläufigen Mittheilung die Fachgenossen bitten möchte, Versuche in dieser Richtung zu machen.

Ich habe es angewendet in Fällen, wo eine große oder komplete

Dammruptur komplicirt war mit Retroflexio uteri, und habe für beide Affektionen Heilung erzielt.

Ich gehe in der Weise vor, dass ich zwei sich median in spitzem Winkel treffende Schnitte quer über den Damm führe. Wo es sich um komplete Ruptur handelt, wird zunächst die Schleimhautgrenze des Rectums umschnitten und von den unteren, später zusammenliegenden Rändern aus zwei Schnitte schräg nach außen geführt.

Darauf präparire ich den Scheidenschlauch, stumpf mit den Fingern vorgehend, nach oben so weit los, als im gegebenen Falle nöthig ist, eventuell bis dicht an die Portio.

Ist dies geschehen, so fasse ich den Vaginalschlauch median, der Richtung der Columna rugarum posterior entsprechend, zwischen zwei dicht an einander liegenden langen Kornzangen und spalte zwischen ihnen so hoch als nöthig.

Darauf werden die beiden hinteren Vaginallappen mit den fest haftenden Kornzangen nach außen umgerollt, und es liegt das ganze Operationsfeld bis an die Portio mit überraschender Deutlichkeit vor dem Operateur, ohne dass die mindeste Blutung dasselbe verdeckt.

In vielen Fällen wölbt sich der Douglas als kugelige Erhebung in der Mitte vor; es gelingt meist, ihn ebenfalls loszupräpariren, und wo dies, wie bei abnormer Weite neben Retroflexio uteri, geboten scheint, kann man ihn bequem reseciren oder durch tief durchgelegte Nähte zur Atrophie bringen.

Durch langsames Aufrollen der Lappen kann man sie darauf successive, dem Falle entsprechend, vereinigen und schließlich das überschüssige Gewebe, so weit man es nicht zur Bildung einer Columna posterior verwenden will, abschneiden.

Um dem Damm ein gutes Ansehen zu geben, sah ich mich meist genöthigt, noch ein kleines Stück seitlich zu reseciren.

Fig. I.

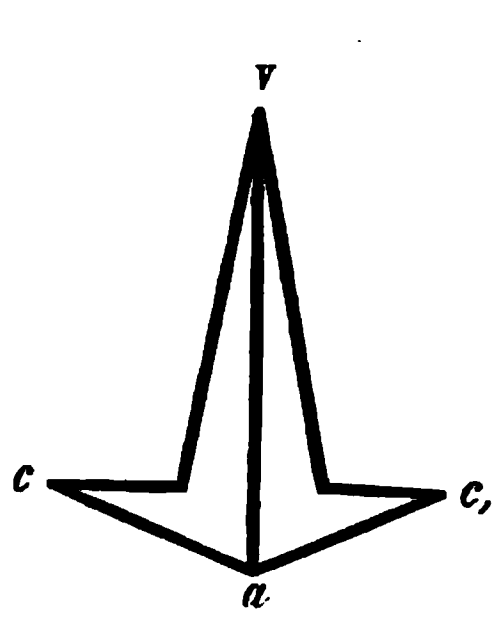
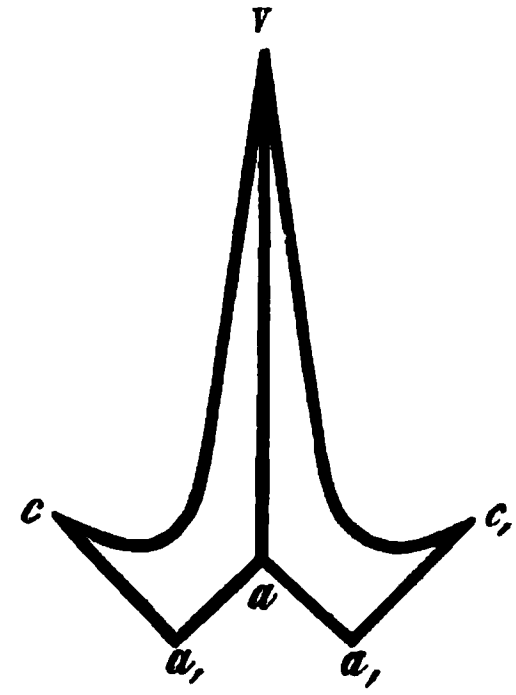


Fig. II.



Die Anfrischungs- resp. Resektionsfläche wäre demnach wie auf Fig. I bei partiellen, wie auf Fig. II bei kompleten Rupturen.

V bezeichnet den obersten Winkel in der Vagina, c_1 die zur Bildung der hinteren Kommissur gebrauchten Endpunkte der Seiten-

schnitte, a_1 den dem Anus zu gerichteten Winkel, *Va* die Linie, in der der lospräparirte Lappen gespalten wird.

Durch die leichte Übersichtlichkeit des Douglas eignet sich diese Methode besonders auch zur operativen Behandlung der Retroflexion. In einem Falle habe ich den Douglas eröffnet und manuell unter Kontrolle des Auges die Adhäsionen des fixirten Uterus lösen können.

Dieser vorläufigen Mittheilung hoffe ich binnen Kurzem eine Reihe von näheren Daten folgen lassen zu können.

(Aus der Universitätsfrauenklinik des Herrn Prof. Dr. Küstner in Dorpat.)

II. Zur Frage über Lebensfähigkeit sehr kleiner, zu früh geborener Kinder.

Von

Dr. Anton Holowko,

Assistenzarzt der Klinik.

Sowohl für den Geburtshelfer, wie auch für den Gerichtsarzt ist es von Wichtigkeit, genau zu wissen, wann ein frühgeborenes Kind am Leben erhalten bleiben kann. Die Angaben der Lehrbücher lauten meist dahin, dass Kinder aus der 24.—28. Woche der Schwangerschaft, auch wenn sie lebend geboren werden, so gut wie stets zu Grunde gehen. — J. Veit[1] verlangt als Minimalgewicht, bei dem das Kind noch am Leben erhalten werden kann, 1500 g.

Dass es aber Fälle giebt, wo Kinder aus der genannten Periode der Schwangerschaft am Leben erhalten sind, lehrt uns die kleine Zusammenstellung solcher Fälle von Ahlfeld im VIII. Bande des Archivs für Gynäkologie und die von Zeit zu Zeit erfolgenden Publikationen ähnlicher Fälle.

Einen Fall von einem sehr frühzeitig geborenen Kinde, das am Leben erhalten blieb, will ich hier in aller Kürze mittheilen.

Am 5. Oktober 1889 wurde in der hiesigen Klinik die Kreißende M. K. aufgenommen. Dieselbe ist 23 Jahre alt, ledig, giebt an, ihre letzte Regel Anfangs April gehabt zu haben, seit 12 Stunden hätten sich Wehen eingestellt.

Die Untersuchung ergab ein in I. Schädellage sich befindendes, lebendes Kind; der Muttermund etwa 5 cm weit. Bei so unvollständig erweitertem Muttermunde erfolgte alsbald die Geburt eines sehr kleinen Kindes, das mit leiser Stimme winselte und den Eindruck machte, schon in dem nächsten Augenblicke zu sterben.

Das Kind wurde abgenabelt, in einem warmen Bade wiederbelebt, alsdann in eine Wärmewanne gelegt, wie sie in unserer Anstalt für frühgeborene Kinder benutzt wird und der im St. Petersburger Findelhause gebrauchten nachgemacht ist. Das Kind ist weiblichen Geschlechts, 37 cm lang, 1300 g schwer; es ist von rother Hautfarbe, sehr mager, die Haut ist runzlig, überall mit Wollhaaren bedeckt. Kopfhaare sehr spärlich. Die Nägel stellen Hautfalten dar, die die Fingerkuppe noch nicht erreichen. — Sowohl dem Gewichte und Längenmaße nach, wie auch dem übrigen Aussehen und Verhalten des Kindes bestimmten wir das Alter desselben auf ca. die 27. Woche, was auch mit der Berechnung der Mutter übereinstimmte.

---

[1] P. Müller, Handbuch der Geburtshilfe Bd. I.

Das Kind wurde während seines Aufenthaltes in der Klinik bis zu der Zeit, wo es das Normalgewicht reifer Kinder erlangt hatte, in der erwähnten Wärmewanne gehalten. Die Athmung, die zuerst noch sehr mangelhaft war, so dass mit Schultze'schen Schwingungen nachgeholfen werden musste, besserte sich sehr rasch. Das Kind wurde schon am 1. Tage an die Brust einer gesunden Wöchnerin gelegt, da die Mutter selbst noch keine Milch hatte, und machte schwache Saugbewegungen. An demselben Tage entleerte es Meconium. Am nächsten Tage wurde es, da das Saugen noch sehr unzureichend war, mit verdünnter Kuhmilch 1 : 4 ernährt. Am 2. Tage erfolgte die erste Urinentleerung.

Am 3. Tage zeigte sich die Haut etwas geblich verfärbt, nach 2 Tagen schwand der Ikterus gänzlich.

Seit dem 4. Tage wurde das Kind an die Mutterbrust gelegt und sog schon kräftiger. Alle Lebensfunktionen waren beim Kinde normal. Die Nabelwunde heilte reaktionslos, am 8. Tage fiel der Nabelschnurrest ab. Da die Mutter des Kindes am 12. Tage nach der Geburt die Klinik verließ und ihr Kind der Anstaltspflege anvertraute, wurde dasselbe von verschiedenen, aber stets gesunden Wöchnerinnen gesäugt und nur in Ermangelung der letzteren mit verdünnter Kuhmilch ernährt.

Seit dem 8. Tage nach der Geburt begann die Zunahme des Körpergewichtes, das fast stets gleichmäßig anwuchs und nur dann ein vermindertes Wachsthum zeigte, als das Kind in Folge von Ernährung mit Kuhmilch an Diarrhoe erkrankte, die aber bald nach Behandlung mit kleinen Dosen von Kalomel wich.

In der nachstehenden Tabelle erlaube ich mir die stetige Gewichts- und Längenzunahme für eine jede Woche zu illustriren.

Woche	Zunahme an Gewicht in g	Zunahme an Länge in cm	Gesammtgewicht in g	Gesammtlänge in cm
1	—	—	1300	37
2	180	2	1480	39
3	270	2	1750	41
4	300	1,5	2050	42,5
5	290	1	2340	43,5
6	60	0,5	2400	44
7	280	2	2680	46
8	180	2	2860	48
9	150	2	3010	50

Der angeführte Fall scheint mir in einiger Hinsicht interessant zu sein. Das zuerst fast aufgegebene Kind blieb am Leben und entwickelte sich vorzüglich, trotzdem das Anfangsgewicht nur 1300 g betrug. Es scheint daher, dass nicht nur das Initialgewicht des Kindes die Prognose in Bezug auf seine Lebensfähigkeit beherrscht, sondern dass auch die Ausbildung des Thorax und der Muskulatur von allergrößter Wichtigkeit sind; sind die beiden letzteren gut ausgebildet, kann das Kind kräftig athmen und saugen, so ist die Prognose quoad vitam auch bei geringerem Initialgewicht günstig zu stellen; selbstverständlich ist es dabei, dass das Gewicht in einem Verhältnis zu der Ausbildung des Thorax und der Muskulatur steht und wenn es allzu gering ist, die beiden letzteren nicht gut ausgebildet sein können.

Ein sehr wichtiger Punkt ist die Wärmeregulation bei frühgeborenen Kindern, es muss in jedem Falle vor übermäßiger Verdunstung und Abkühlung geschützt werden und das günstige Resultat in unserem Falle verdanken wir theilweise dem Aufenthalte des Kindes in der Wärmewanne; ob man aber zu diesem Zwecke die Credé'sche Wärmewanne oder Tarnier'sche oder Auvard'sche Couveuse oder das Winckel'sche permanente Bad oder die von Schultze gebrauchte Einpackung in Glaswolle verwendet, ist von sekundärer Bedeutung. Ein weiteres Interesse bietet die schnelle Gewichtszunahme des Kindes, besonders von der 3.—6. Woche, wo es durchschnittlich täglich um 41 g zunahm; nur in der 6. Woche, als das Kind mit

verdünnter Kuhmilch ernährt wurde und dabei erkrankte, war die Gewichtszunahme nicht so groß; so wurde das normale Gewicht eines reifen Kindes früher erreicht, als wenn das Kind intra-uterin diese Zeit verbracht hätte.

III. Ein Fall von „Missed abortion".

Von

Dr. **J. Balin** in Odessa.

Frau R. S. konsultirte mich wegen allgemeiner Schwäche und Amenorrhoe, die seit 8 Monaten fortdauerte. Pat. ist 29 Jahre alt, von mittler Größe und Ernährung, bietet keine äußerlichen Abnormitäten dar. Die Menstruation stellte sich im 14. Jahre ein, erscheint immer in mäßiger Quantität jede 4 Wochen, dauert 4—5 Tage und ist von keinen Beschwerden begleitet. Die Frau hat 3mal geboren und 2mal abortirt. Die letzte normal verlaufene Entbindung fand vor 2 Jahren und 2 Monaten statt, und die Frau gebar einen kräftigen lebenden Knaben, der sich auch gegenwärtig vollkommen gesund und gut entwickelt erweist. Da die ersten zwei, eben so reif geborenen Knaben von einer Amme gestillt wurden, und einige Monate nach der Geburt an einer »Kinderkrankheit« starben, wurde dieses Mal das Stillen von der Frau selbst ausgeführt. Während desselben, welches 20 Monate andauerte und ohne störende Erscheinungen für Mutter und Kind verlief, blieb die Periode vollständig aus, und stellte sich dieselbe bis heute (8 Monate) nicht wieder ein. Die Frau hielt sich Anfangs für schwanger, indem auch die gewöhnlichen subjektiven Schwangerschaftssymptome in mäßigem Grade auftraten. Da Pat. aber keine Kindesbewegungen verspürte, der Leib entsprechend dem vorgeschrittenen Termin der vermutheten Gravidität nicht zunahm und dabei die Regeln noch immer fehlten, wandte sie sich an mich um Rath. Pat., wie gesagt, klagte nur über Schwäche und geringe Leibschmerzen. Sie will immer gesund gewesen sein. Schmerzen im Unterleibe oder im Kreuz, atypische Uterusblutungen, merklicher Fluor albus, oder etwaige andere krankhafte Erscheinungen, waren bei Pat. nie vorhanden. Lues wird von der Frau am entschiedensten verneint, und auch objektiv vermochte ich keine Merkmale dieser Krankheit weder bei der Frau noch bei ihrem Kinde wahrzunehmen. Bei der gynäkologischen Untersuchung erwiesen sich Vulva und Vagina vollständig normal. Uterus vergrößert, entsprechend dem 4. Schwangerschaftsmonate, weich, schmerzlos, beweglich, Scheidentheil etwas verdickt mit einem unbedeutenden linksseitigen Risse und oberflächlichen Erosionen versehen. Adnexa bieten keine Abweichungen von der Norm dar. Ich verordnete ein lauwarmes Bad und empfahl der Frau nach Ablauf von einer Woche sich wieder vorzustellen. Am Abend des nächsten Tages bekam Pat. wehenartige Leibschmerzen, und es zeigte sich ein geringer Blutabgang aus den Genitalien, welche Erscheinungen die ganze folgende Nacht fortwährend anhielten, und als dieselben am Morgen bedeutend zunahmen, wurde ich zur Pat. geholt.

Bei meiner Ankunft war der Abort schon vorüber. Das Ei wurde in toto ausgestoßen; die Hebamme riss die »dicht auf dem Fötus gelegenen« Eihäute auf, und dabei entleerte sich »kein Tropfen Fruchtwasser«. Mäßiger Blutverlust. Pat. befindet sich wohl. Das vorgezeigte Präparat machte den Eindruck, als wäre dasselbe aus längerer Aufbewahrung in Alkohol eben nun herausgenommen. Der blasse, trockene, geschrumpfte, mumificirte männliche Fötus hat eine Länge von 14 cm, entstammt also dem 4. Schwangerschaftsmonate und ist sonst normal gebildet. Keine Zeichen von Maceration. Die seilartige, gewundene Nabelschnur misst 28 cm. Placenta klein, dünn, hart, grau, trocken, am fötalen Theile eingebogen, ähnlich einer Unterschale, hat im Durchmesser ca. 7 cm. Bei der inneren Untersuchung der Pat. war die Gebärmutter bequem für den Finger durchgängig, allein es ließ sich in demselben nichts Abnormes eruiren. Als ich Pat. nach 2 Tagen wieder besuchte, war der Uterus so fest zusammengezogen, dass der Finger nicht mehr durch den inneren Muttermund passiren konnte. Blutung unbedeutend. Allgemeiner Zustand befriedigend. Nach genauen Aus-

fragen stellte sich hier heraus, dass die beiden erwähnten Aborte, welche vor der letzten Geburt auf einander folgten, denselben Charakter hatten, wie der jetzige, nämlich: nach 8monatlichem Ausbleiben der Menses erfolgte jedes Mal, ohne etwaige Ursache, eine Uterusblutung, und es wurde je ein 4 Monate alter mumificirter Fötus ausgestoßen.

Im beschriebenen Falle handelte es sich zweifellos um ein »Missed abortion« und zwar um eine etwa fünfmonatliche Retention eines abgestorbenen, mumificirten, 4 Monate alten Fötus. Dafür spricht, abgesehen von den Angaben der Pat., hauptsächlich die eigenthümliche, charakteristische, mumificirte Gestalt des Fötus und Placenta. Ein so langes (ca. 5 Monate) Zurückbleiben des todten Fötus im Uterus gehört, wie es Schröder u. A. angeben, zu den großen Seltenheiten.

Was die Ätiologie betrifft, so ist dieselbe in unserem Falle, so wie auch in den meisten Fällen von »Missed abortion«, nicht klar. Die Annahme einiger Autoren, dass der »Missed abortion« eine verringerte Reizbarkeit der Nervenendungen des Uterus bedingt durch pathologische Veränderungen in der Mucosa des letzteren (Slavjansky), oder eine Unterbrechung der Leitung zur Medulla (Madge, Borahm), zu Grunde liegt, findet im beschriebenen Fall keinen Anhaltspunkt, da etwaige klinische Erscheinungen, die auf erwähnte pathologische Processe deuten dürften, bei der Pat. vollkommen fehlten. Dass aber in unserem Fall der »Missed abortion« kein Zufall sei, sondern bestimmte, obwohl nicht eruirbare, ätiologische Momente im Organismus resp. gesammten Nervensystem, vorhanden sein müssten, geht augenscheinlich aus der Thatsache hervor, dass — und ich möchte es hervorheben — eine Retention des todten Fötus unter identischen Verhältnissen bei der betreffenden Frau 3mal stattgefunden hat.

---

1) **A. Auvard** (Paris). Traité pratique d'accouchements.
Paris, **O. Doin**, 1890.

Manche Kapitel in diesem neu erschienenen Lehrbuch der Geburtshilfe hat Verf. schon in seinen Travaux d'obstétrique behandelt, welche früher in diesem Blatte referirt sind. In einem Referate über ein so umfangreiches Werk von 787 Seiten kann man selbstverständlich nicht eingehend über alle Kapitel sprechen, nur Einzelnes kann daraus hervorgehoben werden.

In der ganzen Anlage des Buches erkennt man, dass es aus Vorträgen beim Unterricht hervorgegangen ist; in knappen Worten ist jedem Kapitel eine systematische Übersicht des Abzuhandelnden vorausgeschickt, weitere Unterabtheilungen sind allenthalben im Texte übersichtlich durchgeführt, Gegensätze neben einander gestellt. Dazwischen finden sich kurze Fragen, denen Verf. die ebenfalls kurz gefasste Antwort folgen lässt, um eine klare und leicht fassliche Darstellung zu bieten.

Von den 534 Illustrationen sind eine sehr große Zahl schema-

tisch ausgeführt; augenscheinlich verdanken auch diese dem Unterricht ihren Ursprung, wo sie ein sehr gutes Mittel bieten, dem Verständnisse des Vorgetragenen zu Hilfe zu kommen und es fester dem Gedächtnisse einzuprägen. Einzelne Abbildungen hätten freilich wegfallen können, ohne dem Buche Abbruch zu thun, wie Seite 413 und 414 (Untersuchung des Urins auf Eiweiß), 162 (Stethoskop).

Bei der Besprechung der Beckendurchmesser stellt A. fest, dass die Bezeichnung der schrägen Durchmesser bei den Deutschen und Engländern gerade die umgekehrte ist, wie bei den Franzosen. Daher macht er, um eine Übereinstimmung zu erzielen, den Vorschlag, zwar wie wir es gewohnt sind, die Maßlinien von hinten nach vorn verlaufen zu lassen, aber die Bezeichnung rechts oder links durch Hinzufügen von Organen, die auf der Seite und in der Nähe des Beginnes der Linie liegen, zu ersetzen, also statt rechten schrägen Durchmesser »schrägen coecalen« und statt linken schrägen Durchmesser »schrägen rectalen« zu sagen.

In schematischer Weise stellt A. die Punkte zusammen, wo die kindlichen Herztöne bei den verschiedenen Lagen zu hören sind. Es finden sich nun für Scheitellagen bei eingestelltem Kopfe diese Punkte auf einem Kreisbogen unterhalb des Nabels, etwas über der Mitte zwischen Nabel und Symphyse, ist der Kopf noch oberhalb des Beckens oder die Geburt schon weiter fortgeschritten, so verschiebt sich der für die betreffende Einstellung gefundene Punkt auf einer Linie, die der Medianlinie des Körpers parallel liegt. Ähnlich sind die Verhältnisse bei Gesichts- und Steißlage, während bei Querlage je nach der Art derselben 4 Auskultationspunkte existiren, welche, durch Linien verbunden, die Eckpunkte eines Quadrates darstellen.

Als häufigen Befund in der Schwangerschaft schildert A. eine nicht gonorrhoische Kolpitis granulosa, welche sich durch ähnlichen Ausfluss, wie die gonorrhoische bemerkbar mache und auch wahrscheinlich mikrobischer Natur sei. Wodurch sie sich denn eigentlich von der gonorrhoischen unterscheide, ist nicht ersichtlich, da A. zur Verhütung der daraus entstehenden purulenten Ophthalmie des Kindes antiseptische Scheidenausspülungen und prophylaktische Einträufelung von Argentum nitricum in die Augen empfiehlt. Hiernach scheint doch ein wesentlicher Unterschied nicht zu existiren.

Sehr genaue Vorschriften ertheilt A. bezüglich der Hygiene des Wochenbettes: es dürfte jedoch wohl unmöglich sein, dieselben bei einer Frau, welche eine normale Geburt durchgemacht hat, inne zu halten, wie z. B. dass sie 14 Tage das Bett hüte und in der dritten Woche nur etliche Stunden außerhalb desselben zubringe.

Bei der Besprechung der künstlichen Ernährung vermissten wir den Soxhlet'schen Apparat, welcher doch heute anerkannt der beste ist.

In dem Abschnitt über Varicen in der Schwangerschaft räth Verf. zur Vorsicht bei der Kompressionsbehandlung und führt ein

Beispiel an, wo eine Küchenmagd, welche von Zeit zu Zeit schwanger wurde und dabei gegen den zweiten Monat Varicen an den Beinen bekam, regelmäßig einen Abort herbeiführte durch bloße komprimirende Einwicklung.

Eigenthümliche Bezeichnungen, die wohl mnemotechnischen Zwecken dienen sollen, gebraucht A. zur Bezeichnung von Zwillingsschwangerschaften. Bei neben einander liegenden Zwillingen spricht er von »foetus en 99«, wenn die Köpfe beide nach unten gerichtet sind, und von »foetus en 66«, wenn beide nach oben gerichtet sind und so mit Hilfe einiger Phantasie an der Zeichnung die genannten Buchstaben erkennen lassen. Dem entsprechend giebt's natürlich auch noch »foetus en 69« oder »96«. Liegen die Föten über einander, so giebt's »foetus en T«, wenn der untere in Beckenendlage, der obere in Querlage sich befindet; das Gegentheil sind »foetus en L«. Sind beide in Querlage über einander, so heißt's: »foetus en hamac« (Hängematte).

Ein wie uns scheint sehr brauchbares Instrument hat Verf. zur Embryotomie angegeben; dasselbe ist je nach Bedürfnis als Kranioklast oder Kephalotryptor zu verwenden und dient zugleich zur Ausführung der der Operation vorauszuschickenden Perforation.

Der zur Perforation dienende Theil des Instrumentes hat eine ähnliche Form, wie die Branche des Kranioklasten, welche in die Schädelhöhle eingeführt wird, ist aber vorn zweckentsprechend zugespitzt; die andere Branche ist der äußeren des Kranioklasten analog, ebenfalls die Art des Zusammenschraubens. Nunmehr kann durch Vorlegen eines an dem Griffe der inneren Branche angebrachten Hakens die erzielte Zusammenpressung erhalten werden, während man den Kompressionsapparat abnehmen kann. Soll nun die Kephalotrypsie zur Ausführung gelangen, so dient dazu eine dritte löffelförmige Branche, die, an demselben Schlosse befestigt, der ersten äußeren Branche gegenüber liegt. Nun wird derselbe Kompressionsapparat dazu benutzt, auch den Griff dieser den anderen zu nähern und durch einen zweiten Haken lässt sich die Vereinigung der drei Griffe sichern.

Den Schluss des Buches bildet ein Anhang über gerichtliche Geburtshilfe mit Bezug auf die französische Gesetzgebung.

Wir zweifeln nicht, dass das A.'sche Buch wegen seiner vielen praktischen Vorzüge unter den Studirenden eine ausgedehnte Verbreitung finden wird.

Die Ausstattung des Buches ist eine sehr gute, sämmtliche Illustrationen auf das exakteste ausgeführt. **Heyder** (Leipzig).

---

2) **Roncaglia** (Modena). Placenta marginata.

(Annali di ostetricia etc. 1889. August.)

Diese Anomalie war lange vor Kölliker (schon im Jahre 1869) Fabbri bekannt; wurde auch von demselben 1874 beschrieben.

Verf. führt zwei Fälle aus seiner Praxis an. — Unter Placenta marginata soll man nach Verf. eine Placenta verstehen, deren kleinere choriale Oberfläche (sei es durch einen Fehler in der Anlage [Fabbri-Schatz], sei es dadurch, dass die Gebärmutterwand ihre weitere Entwicklung hemmt [Küstner]) in Folge eines noch nicht näher bekannten Verhältnisses zwischen Entwicklung der Frucht und Wachsthum ihres Ernährungsorganes an Dicke zunimmt und mit den peripheren Zotten mehr oder weniger über den Insertionsrand des Chorion hinüberwächst. Der mehr oder weniger vollständige Fibrinring, der den Rand der Placenta bedeckt, ist nicht die Ursache der Anomalie, sondern die Folge mehr oder weniger reichlicher Blutungen, die zwischen dem Rande und dem Ei stattfinden.

Liebman (Triest).

---

3) **Aug. Predöhl.** Untersuchungen zur Ätiologie der Peritonitis. (Aus dem neuen allgemeinen Krankenhause zu Hamburg.)

(Vortrag, gehalten in der geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg am 10. December 1889.)

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 2.)

Der Vortr. hat im Ganzen 14 Fälle von Peritonitis in dieser Hinsicht untersucht und hierbei Resultate erzielt, welche »mit den von Bumm vor Kurzem veröffentlichten keineswegs allgemein übereinstimmen«. — Er benutzte zu seinen Untersuchungen peritonitisches Exsudat von an Bauchfellentzündung Verstorbenen. Bei der mikroskopischen Untersuchung dieses Exsudates fand der Vortr. in 4 Fällen nur einen Mikroorganismus, während in den übrigen ein Gemisch von Pilzen vorlag. Da, wo nur ein Mikroorganismus gesehen wurde, war dies einmal ein kleiner Coccus und dreimal Streptococcus pyogenes In dem Pilzgemisch fanden sich viermal Streptokokken neben anderen Mikroorganismen, in den übrigen Bacillen von verschiedener Größe und Dicke, so wie Kokken von verschiedener Größe. Es wurden dann durch das Plattenverfahren etc. verschiedene Bacillenarten und Kokken gezüchtet und mit diesen unter Beimischung von peritonitischem Exsudat weiße Mäuse und Meerschweinchen peritoneal geimpft und zwar in verschiedenen Reihen. Peritonitis hat der Vortr. nie entstehen sehen; die eingegangenen Thiere erlagen einer Septikämie; man fand bei ihnen im Blut, in der Milz, oft auch in der Leber und den Lungen Mikroorganismen in großer Zahl wieder. In dem Fall, wo nur Streptokokken (in dem peritonitischen Exsudat der Leiche) gefunden worden, war gleichfalls keine Peritonitis erzielt worden; auch hier starben die Thiere an Septikämie und im Blut und in der Milz wurde Streptococcus nachgewiesen.

Die einzelnen Fälle, die der Vortr. untersucht, betrafen 9 Perforationsperitonitiden aus verschiedenen Ursachen, einer bezog sich auf puerperale und 4 auf Operationsperitonitiden. Es fanden sich in den 9 ersteren stets Gemische von Mikroorganismen, darunter

viermal neben anderen auch Streptokokken; in dem Fall von puerperaler Peritonitis Kokkeninfektion; bei den Operationsperitonitiden: in dem einen Fall ein Gemisch von Kokken und Stäbchen, in den 3 anderen lediglich Streptococcus pyogenes.

Der Vortr. ist, im Gegensatz zu Bumm, der behauptet, dass die puerperale Peritonitis jedes Mal eine Streptokokkenperitonitis sei, der gleichen Ansicht wie Grawitz, nämlich, »man dürfe nicht den Schluss ziehen, dass diese Species, Streptococcus pyogenes, allen Puerperalfällen eigen sei«, um so weniger, da er in dem (allerdings nur als einziger ihm zu Gebote stehenden) Fall von Puerperalperitonitis keinen Streptococcus vorgefunden hat.

Des Weiteren hat der Vortr. bezüglich der Peritonitis nach Laparotomien ebenfalls andere Resultate erzielt wie Bumm, der diese Peritonitis als putride bezeichnet; in seinen 4 Untersuchungsreihen hat er nur einmal ein Gemisch von Mikroorganismen, dagegen dreimal einen specifischen Mikroorganismus, den Streptococcus pyogenes, gefunden.

Rudolf Müller (München).

Kasuistik.

4) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 27. Februar 1890.

Vorsitzender: Herr Olshausen; Schriftführer: Veit.

I. Verlesung des Protokolls der vorigen Sitzung. Zu demselben bemerkt Herr Gottschalk, dass sich die Schleimhaut des von ihm demonstrirten Uterus bei mikroskopischer Untersuchung zwar als entzündet, aber nicht als krebsig verändert erwiesen habe. Ferner bemerkt Herr Olshausen, dass die von ihm wegen Carcinom und Elephantiasis operirte Pat., bei der die Frage der syphilitischen Genese ventilirt wurde, an der Schwere der beiden Operationen gestorben ist; die Sektion ergab keine Anhaltspunkte für Syphilis, die Mastdarmerkrankung erklärte Herr Dr. Jürgens für ganz eigenthümlich, aber nicht sicher für syphilitisch.

II. Herr Olshausen widmet dem verstorbenen Ehrenmitglied der Gesellschaft, Herrn Litzmann, einen warm empfundenen Nachruf. Der Verdienste des Verewigten um die Lehre vom engen Becken, seiner sonstigen Arbeiten wird anerkennend gedacht, ganz besonders werden aber auch seine Charaktereigenschaften, welche sich in seiner Thätigkeit als Geburtshelfer bewährten, rühmend hervorgehoben.

Die Gesellschaft, welche bei der Beerdigung vertreten war, ehrt das Andenken Litzmann's durch Erheben von den Sitzen.

III. Demonstration von Präparaten.

a) Herr Bokelmann demonstrirt 2 doppelseitige maligne Tumoren der Ovarien, so wie einen Nierentumor, welche er heute durch Laparotomie an ein und derselben Pat. exstirpirt hat.

Die Präparate stammen von einer 62jährigen Frau, die seit einem halben Jahre ein langsames Zunehmen des Leibesumfanges bemerkt hatte und vor 4 Wochen wegen hochgradigen Ascites von anderer Seite punktirt worden war. Bei der Untersuchung fand sich das Abdomen durch freie Flüssigkeit kolossal ausgedehnt. Nach wiederholter Punktion und Entleerung von ca. 12 Liter ascitischer Flüssigkeit fühlte man rechts oberhalb der Symphyse einen harten, beweglichen, bis zum Nabel reichenden Tumor, bei der inneren Untersuchung einen harten, anscheinend absolut festsitzenden, das kleine Becken völlig ausfüllenden Tumor, dessen Außen-

seite von weichen, leicht zerdrückbaren Exkrescenzen bedeckt war. Es konnte somit die Diagnose auf doppelseitigen malignen Ovarialtumor mit annähernder Sicherheit gestellt werden.

Bei der Operation entleerten sich nach Spaltung des dicht mit Psammomkörnern besetzten Peritoneums mehrere Liter ascitischer Flüssigkeit. Es wurde alsdann der rechtsseitige Tumor aus der Bauchhöhle hervorgewälzt, der dünne von der rechten Uteruskante ausgehende Stiel links unterbunden. Größere Schwierigkeiten machte der linksseitige, das kleine Becken wie ein Ausguss ausfüllende Tumor, doch gelang es, denselben mit stumpfer Gewalt aus dem Becken herauszuheben und in derselben Weise abzutragen. Die mäßige Blutung wurde durch Einführung von Gazekompressen in den Douglas bald gestillt. Außerdem aber fand sich bei der Eröffnung der Bauchhöhle ein dritter Tumor links von der Mittellinie unterhalb des linken Rippenbogens, der sich nach Lage und Gestalt als ein cystischer Tumor der linken Niere erkennen ließ. Derselbe war bei der Untersuchung nicht diagnosticirt worden, weil der bei der Punktion mit Absicht zum Theil zurückgelassene Ascites ihn verdeckt hatte. Die peritoneale Kapsel wurde stumpf gespalten, die Cystengeschwulst allmählich manuell aus der Kapsel ausgeschält, bis man an den Hilus der Niere gelangte. Der sehr kurze Stiel wurde zunächst mit einer Gesammtligatur, dann mit Doppelfaden abgebunden, der Tumor unverletzt entfernt. Eine starke arterielle Blutung aus dem Stiel durch Umstechung sofort gestillt. Die mäßig starke Blutung aus der Kapsel stand bald durch Kompression. Schluss der Bauchhöhle.

Der rechtsseitige Ovarialtumor stellt eine doppelfaustgroße, dickwandige, mit einzelnen papillären Exkrescenzen besetzte Cyste dar, der linksseitige einen kindskopfgroßen, wesentlich soliden, mit massenhaften blumenkohlartigen Neubildungen völlig bedeckten Tumor. Der reichlich doppeltkindskopfgroße Nierentumor lässt am Hilus die Gestalt der Niere deutlich erkennen, von welcher eine bis 1 cm dicke Substanzschicht übrig geblieben ist, während die konvexe Seite zu einer großen, dünnwandigen Cyste sich ausgedehnt hat.

b) Herr Saurenhaus demonstrirt einen Uterus mit Carcinoma corporis und ein dazu gehöriges kindskopfgroßes Myom, das von der rechten Uteruskante subserös entwickelt war.

Das Präparat stammt von einer 53jährigen Nullipara, deren Menses bis Mai 1889 ganz regelmäßig waren, seit dieser Zeit traten dieselben etwas verfrüht auf, seit Oktober bemerkte sie auch in der Zwischenzeit einen blutwässerigen Ausfluss.

Am 25. November war Pat. in einer Poliklinik curettirt worden, ohne dass Besserung eingetreten wäre.

Am 20. Januar d. J. fand sich bei der Aufnahme in der Universitätsfrauenklinik der Cervicalkanal für einen Finger durchgängig und im Corpus uteri über dem inneren Muttermund waren leicht bröckelnde Rauhigkeiten zu fühlen, von denen die mikroskopische Untersuchung ergab, dass sie carcinomatöser Natur seien.

Am 29. Januar schritt Herr Geheimrath Olshausen zur Laparotomie, um nach Entfernung des Myoms die Totalexstirpation per vaginam anzuschließen. Um den Stiel des Myoms wurde ein Gummischlauch gelegt und das Myom abgetragen; der Schlauch glitt ab und es wurde nun die Wunde mit 6 Seidenligaturen vernäht. 2 walnussgroße subseröse entwickelte Myome, welche von der vorderen Uteruswand ausgingen, wurden ebenfalls abgetragen.

Von oben her wurden nun die beiderseitigen Uterusanhänge doppelt unterbunden und durchtrennt, das Peritoneum der vorderen Wand durchschnitten und stumpf nach unten die Blase zurückgeschoben, darauf provisorisch die Bauchnaht angelegt.

Die Totalexstirpation des Uterus sollte nun per vaginam vorgenommen werden. Nach Umschneidung der Portio wurde die hintere Scheidenwand stumpf losgetrennt. Vorn saß die Blase außerordentlich fest dem Cervix auf, so dass sie, theilweise unter Mitnahme von Cervixmuskulatur, mit dem Messer abgelöst werden musste.

Nachdem das Peritoneum der hinteren Wand eröffnet war, wurde der Rest der beiderseitigen Anhänge von unten her unterbunden und durchtrennt, dabei riss der

Cervix ein. Da die völlige Loslösung der Blase von unten her unmöglich war, wurde dieselbe von oben her nach abermaliger Eröffnung der Bauchhöhle vorgenommen und der Uterus durch das Abdomen entfernt.

Die Bauchwunde wurde mit tiefgreifenden Seidennähten und oberflächlicher fortlaufender Katgutnaht geschlossen. Die beiden Stümpfe wurden mit Seidenfäden, welche durch die Scheidenwände gezogen waren, eingenäht und die Vagina durch Katgutfäden gegen die Bauchhöhle abgeschlossen. Die Rekonvalescenz war eine glatte.

c) Herr Frank demonstrirt einen vor einigen Tagen durch die Exstirpation von Herrn Dr. Martin entfernten Uterus. Das Präparat stammt von einer 60jährigen Frau, die dreimal geboren hat, das letzte Mal 1861. Im 53. Jahre trat die Menopause ein. Seit etwa einem Jahre bestehen Blutungen. Die am 12. Februar d. J. herausgekratzten Massen ergaben deutlich das Bild eines Carcinoma mucosae corporis uteri. Am 24. Februar wurde der Uterus exstirpirt. Die Operation selbst war ziemlich leicht.

Das Präparat ist vorn aufgeschnitten. Die Wucherung hat sich mit Ausnahme eines kleinen Theils im linken Uterushorn über das ganze Cavum ausgedehnt und hat die Uteruswände, was namentlich an frischen Schnitten gut zu sehen ist, zum größten Theil zerstört.

Das zweite Präparat stammt von einer 49jährigen Frau, die einmal geboren hat. Sie klagte seit längerer Zeit über Brennen und Schmerzen im Leibe. Nach Konstatirung des Tumors wurde zur Laparotomie geschritten. Die Operation war leicht.

Das Präparat ist eine Parovarialcyste, dieselbe wiegt 10 Pfund. Sie ist, abgesehen von ihrer Größe, noch dadurch ausgezeichnet, dass die Tube eine außerordentliche Länge hat, 45 cm jetzt noch im geschrumpften Zustande.

d) Herr Czempin demonstrirt eine durch die Laparotomie gewonnene Mesenterialcyste von etwa Mannskopfgröße, außerdem eine faustgroße Dermoidcyste des linken Ovarium, derselben Person entstammend. Die Pat., eine 41jährige Frau, kam ursprünglich wegen eines Myoma intraparietale uteri in Behandlung, welches starke menstruelle Blutungen verursacht hatte. Bei der Untersuchung fand sich links neben dem durch ein faustgroßes Myom vergrößerten Uterus das entartete Ovarium, rechts ein etwas kleineres, cystisch entartetes Ovarium, oberhalb des Uterus ein vierter Tumor, von welchem mit Sicherheit nur festgestellt werden konnte, dass er mit den Genitalorganen nicht in Zusammenhang stand. Die Beobachtung der Pat. während eines Zeitraumes von 6 Wochen ergab, dass der letztgenannte Tumor schnell an Größe zunahm. Schon in Rücksicht auf das Myom im Uterus und die entarteten Ovarien wurde die Laparotomie in Aussicht genommen und die Entfernung der Ovarien zur Heilung der uterinen Blutungen dabei ins Auge gefasst. Das schnelle Wachsthum des vierten Tumors ließ die Vornahme der Operation beschleunigen. Es fand sich dabei, dass letzterer in einer dem Mesenterium des Colon transversum angehörigen Cyste bestand. Es gelang, dieselbe aus ihrem serösen, von den beiden Blättern des Mesenterium ausgehenden Überzuge herauszuschälen. Der übrig bleibende Sack wurde bis zur Nähe des Darmes resecirt, dann an seiner Öffnung mit einer Schnürnaht tabaksbeutelähnlich zusammengezogen und versenkt. Hierauf wurden beide Ovarien entfernt, der Uterus jedoch mit seinem Myom in Ruhe gelassen.

Pat. hat eine völlig ungestörte Heilung durchgemacht; die Temperatur blieb stets normal, die Defäkation war niemals beeinträchtigt.

Eine genauere Veröffentlichung mit mikroskopischer und chemischer Untersuchung der Mesenterialcyste wird noch erfolgen.

e) Herr Orthmann demonstrirt einen Fall von Graviditas tubaria sinistra mens. I—II.

Das Präparat stammt von einer 33jährigen Pat., welche am 27. Januar a. c. wegen Blutungen in die Dr. A. Martin'sche Anstalt aufgenommen wurde. Die Blutungen hatten am 21. December v. J. angefangen; gleichzeitig waren Schmerzen in der linker Seite aufgetreten und Pat. war zusehends schwächer geworden. Zwei

Tage vor ihrer Aufnahme in die Anstalt hatte sie einen tiefen Ohnmachtsanfall, der sich später noch einige Male wiederholte. Die letzte normale Regel war am 28. November 1889 gewesen; Pat. hat 4mal geboren, zuletzt vor 2¼ Jahr, und 2mal abortirt, zuletzt vor ca. 6 Jahren. Bei der Untersuchung fand sich links neben dem Uterus ein kleinapfelgroßer Tubo-Ovarialtumor.

Am 1. Februar d. J. Laparotomie. Bauch voll dunklen theils flüssigen, theils geronnenen Blutes. Beim Hervorheben des Tumor stößt sich aus dem Orificium abdominale der Tube ein kleinhühnereigroßes, festes Coagulum aus; die Tube wird mit dem Ovarium exstirpirt. Pat. wurde am 19. Februar entlassen.

An dem Präparat sieht man, dass auf einem Längsschnitt das Tubenlumen in dem uterinen Theil stark geschlängelt verläuft und zwei starke Knickungen aufzuweisen hat; gleich hinter der letzten Knickung beginnt die Eihöhle, in welcher das erwähnte Blutcoagulum gesessen und zum Theil von hier aus noch in die Bauchhöhle hineingeragt hatte; die Blutung in die Bauchhöhle war also hier offenbar durch das Ostium abdominale der Tube erfolgt. Mikroskopisch gelang es leicht, Decidua und Chorionzotten nachzuweisen.

Die Demonstration wird durch eine Zeichnung und mikroskopische Präparate erläutert.

IV. Herr Dührssen: Über einige weitere Fälle von tiefen Cervix- und Scheidendammincisionen in der Geburtshilfe.

Im Anschluss an die bereits im Archiv für Gynäkologie veröffentlichten Fälle theilt der Vortr. 4 weitere mit.

In dem 1. Fall handelte es sich um eine 28jährige Ipara mit Steißlage. Der Introitus war so eng, dass er das Eingehen mit der ganzen Hand unmöglich machte. Nach Vornahme einer rechtsseitigen Scheidendammincision gelang dies leicht, es konnte noch ein Fuß heruntergeholt und das asphyktische Kind lebend extrahirt werden. Im Wochenbett mechanisches Aufplatzen der Wunde, sekundäre am 8. Tage vorgenommene Naht erzielt definitive Heilung.

2. Fall. 23jährige Ipara. Eklampsie (9 Anfälle). Muttermund für einen Finger durchgängig, Kopf im Beckeneingang. 6 bis zum Ansatz der Scheide reichende Cervixincisionen, Einpressen des Kopfes ins Becken, Kopf wird leicht bis auf den Beckenboden mit der Zange herabgezogen und nach einer oberflächlichen Introitusincision leicht entwickelt. Normaler Wochenbettsverlauf.

3. Fall. 37jährige Ipara mit allgemein verengtem Becken (25, 28, 18, 11¾, querer Durchmesser des Beckenausganges 9 cm) und excessiv enger und rigider Scheide. Kopf im Beckeneingang, fingerbreiter Saum des Muttermundes, Sinken der kindlichen Herztöne. Eine linksseitige und eine nach hinten gerichtete Cervixincision, rechtsseitige Scheidendammincision. Nach mehrmaliger Vertiefung der letzteren verhältnismäßig leichte Zangenextraktion des schon vorher asphyktischen Kindes. In Folge von schon vor der Entbindung vorhandener Zersetzung im Uteruscavum entstand im Wochenbett ein Resorptionsfieber, eine leichte linksseitige Parametritis, eine Phlegmone im submukösen Bindegewebe des Scheidengewölbes im Anschluss an einen dort noch vorhandenen Riss und oberflächlicher nekrotischer Zerfall der Dammwunde. Nach Abscedirung und spontanem Durchbruch der phlegmonösen Entzündung und sekundärer am 20. Tage vorgenommener Naht der Dammwunde wurde völlige Heilung erzielt.

4. Fall. 38jährige Ipara. Tiefer Querstand in der Beckenenge, Sinken der kindlichen Herztöne. Nach rechtsseitiger Scheidendammincision gelingt die vorher vergeblich versuchte Zangenextraktion spielend leicht. Lebendes Kind. Wochenbett normal. Primäre Heilung der Incision.

In dem ersten Fall war die Entbindung ohne die Incision unmöglich, das Kind wäre sicher abgestorben.

Der zweite Fall zeigt die Richtigkeit der vom Vortr. bereits früher aufgestellten Behauptung, dass man bei Iparae vermittels der tiefen Cervixincisionen die Entbindung schon im Geburtsbeginn in durchaus schonender Weise ausführen könne — eine Thatsache, welche für die Behandlung der Eklampsie von ungemeiner Wichtigkeit ist und den von Halbertsma ausgeführten Kaiserschnitt für

alle die Fälle verwerfen lässt, in welchen die supravaginale Partie des Cervix bereits verstrichen ist. Dies ist aber bei Iparae häufig schon gegen Ende der Schwangerschaft der Fall.

Der dritte Fall illustrirt eine andere These des Vortr., dass die Schwierigkeit der Zangenextraktion beim allgemein verengten Becken von der nie fehlenden Enge und Rigidität der Scheide und des Dammes abhängt. Wegen der abnormen Enge auch des oberen Scheidendrittels kam es in diesem Fall zum Weiterreißen der Incision ins Scheidengewölbe hinein. Der Schnitt hätte hier eben noch weiter in die Scheide hineingelegt werden müssen.

Auch im vierten Fall hätte die Zangenextraktion nur auf Kosten ausgedehnter Zerreißungen und Quetschungen der mütterlichen Weichtheile forcirt werden können. Das Kind wäre wahrscheinlich bei einer solchen schweren Zange zu Grunde gegangen.

Vortr. zeigt weiter an der Hand dieser Fälle, bei denen sämmtliche Mütter und Kinder am Leben blieben, dass die Bedenken gegen die geschilderten Incisionen unbegründet sind. Die Blutung aus den Cervixincisionen ist unbedeutend, die aus der Scheidendammincision leicht zu stillen. Die Gefahr einer septischen Infektion fällt bei streng antiseptischem Vorgehen fort, eine sekundäre Infektion, wie sie im 3. Fall vom zersetzten Uterusinhalt aus erfolgte, lässt sich durch die vom Vortr. schon früher empfohlene Tamponade des Uterovaginalkanals mit Jodoformgaze vermeiden.

Die einseitige Scheidendammincision, die Vortr. in 3 Fällen vornahm, muss natürlich größer sein, als die doppelseitige, sie muss ca. 4 cm in die Scheide hineinreichen und am Damm eine Länge von 5—6 cm haben. Ihre Richtung hält die Mitte zwischen dem Anus und Tuber ischii. Bei der einseitigen Incision entsteht durch Retraktion ein Viereck mit zwei seitlichen Zipfeln, von denen der äußere viel größer ist und hoch hinaufreicht. Durch eine Seidenknopfnaht müssen zunächst die Zipfelenden mit einander verbunden werden. Es formirt sich dann die Incision wieder zu einer Scheiden- und einer Dammwunde, von welchen die erstere mit fortlaufenden Katgutfaden, die andere mit Seide- oder Silkwormknopfnähten vereinigt wird.

In 2 der Fälle, in dem einen durch ungestümes Umherwerfen, in dem anderen durch Infektion blieb die Prima intentio aus. In beiden Fällen kam noch nachträglich die lineäre Vereinigung durch sekundäre Naht — oder genauer gesagt, durch Abkratzen der Granulationen und Anfrischung der Wundränder am Damm — zu Stande.

Zum Schluss erwähnt der Vortr. noch, dass in seinem 1. und 3. Fall hoch über dem vorliegenden Theil, das erste Mal nur beim Eingehen mit der ganzen Hand, ein fingerbreiter, fast knorpelharter Saum des Muttermundes zu fühlen war. Wenn nun in der Dresdener Klinik tiefe Collumzerreißungen nach der Zangenanlegung bei völlig erweitertem Muttermund beobachtet wurden, so scheint dem Vortr. der oben erwähnte Befund die Erklärung für diese Zerreißungen zu geben. Der 1. Fall von Steißlage zeigt außerdem, wie es in tiefer Narkose fast ausnahmslos gelingt, den schon recht tiefstehenden Steiß doch noch aus dem Becken herauszudrängen und einen Fuß herunterzuholen.

(Wird ausführlich in den Therapeutischen Monatsheften erscheinen.)

Die Diskussion wird der vorgeschrittenen Zeit wegen vertagt.

---

5) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

150. Sitzung am 5. December 1889.

Vorsitzender: Herr Leopold, Schriftführer: Herr Münchmeyer.

Festsitzung zur Feier des 75jährigen Bestehens der Königlichen Frauenklinik.

Zu der Feier, welche im Lehrsaale der Frauenklinik abgehalten wurde, hatten sich außer dem Direktor mit seinen Assistenten und sämmtlichen externen Hilfsärzten noch das gesammte Königliche Landes-Medicinalkollegium, Vertreter des

Königlichen Ministeriums des Innern, der Königlichen polytechnischen und thierärztlichen Hochschulen, zahlreiche Mitglieder der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde, der gynäkologischen Gesellschaft, Kollegen, frühere Assistenten und externe Hilfsärzte eingefunden.

I. In der Festrede schilderte Herr Leopold die Entwicklung der jetzigen Frauenklinik unter ihren früheren vier Direktoren aus kleinsten Anfängen zu dem jetzigen Umfange und erläuterte die Aufgaben, welche ein geburtshilflich-gynäkologisches Institut, namentlich mit großem Materiale als Lehr- und Fortbildungsanstalt für Hebammen und Ärzte zu erfüllen hat.

II. Herr J. Schramm: Über eine Tuboovarialcyste.

Redner zeigt eine vor der Laparotomie diagnosticirte Tuboovarialcyste von Faustgröße, die bei einer gonorrhoisch inficirten 33 Jahre alten Pat. sich entwickelt hatte. Während der Menses des letzten Jahres, die regelmäßig eintraten, wurde der Abgang einer sehr reichlichen blutigwässerigen Flüssigkeitsmenge bemerkt und damit auch ein Nachlass der Beschwerden, die hauptsächlich in heftigen Rückenschmerzen bestanden. Einmal wurde danach ein gänzliches Verschwinden der Geschwulst konstatirt. Es handelte sich hier demnach um den seltenen Fall eines Hydrops tubae et ovarii profluens. Nach der Exstirpation Aufhören des vorher wochenlang andauernden Fiebers. Glatter Verlauf. Heilung.

(Ausführliche Mittheilung im Archiv für Gynäkologie.)

III. Herr Fritz Schurig: demonstrirt ein durch parenchymatöse Osteitis hochgradig missgeformtes Becken, welches die charakteristischen Formen der Osteomalacie an sich trägt.

Das Becken stammt von einer 37jährigen gesunden Ipara. Erste Menstruation vom 15. Jahre an, regelmäßig. Im 18. Jahre bemerkte die Frau ziehende Schmerzen in den Gliedern, erschwertes Gehen, Unregelmäßigkeit in der Menstruation und Abmagerung am ganzen Körper. Nach einer Kur in einem Stahlbade wurde sie anscheinend wieder vollkommen gesund, doch traten die Beschwerden in Zwischenräumen mehr oder weniger heftig auf. Im 29. Jahre fiel ihr auf, dass sie kleiner wurde und sich ihr Rücken zu krümmen anfing. Ihre sonst übermittelgroße Figur (ca. 170 cm) war in 17 Jahren auf 114 cm zurückgegangen. Die stark bucklige mit geraden Armen und Beinen versehene, magere, blasse Frau stellte sich wegen einer Geschwulst im Leibe und Sistirung der Menses seit 15. Januar im Juni vor. Die innere Untersuchung war durch die engen Beckenverhältnisse sehr erschwert, die Beine konnten nicht von einander entfernt werden, und nur mit Mühe war die Portio vaginalis zu erreichen, an welcher der Muttermund als rundliches Grübchen zu fühlen war. Nach 8 Tagen wurde die Schwangerschaft durch Fühlen von Kindestheilen konstatirt. Bis zu Ende der Schwangerschaft konnte die Frau ihr Hauswesen besorgen, vier Wochen vor Ende derselben hatte sie die Empfindung, als ob etwas im Becken gewaltsam gesprengt würde, und war es ihr darauf möglich, die Beine etwas weiter von einander zu bringen. Der Harn enthielt zeitweilig Kalksalze.

Am Ende der Schwangerschaft wurde durch die Sectio caesarea ein kräftiger, gesunder Knabe geboren, die Frau starb bald darauf an Erschöpfung.

Die Beckenknochen zeigten im frischen Zustande in ihrer ganzen Ausdehnung eine stark hyperämische Färbung und waren von unzähligen mit Blut gefüllten Kapillargefäßen durchsetzt, die Knochen fühlten sich fettig an, waren fest und glatt, dabei leicht. Die Symphysis ossium pubis beweglich. Die Form des Beckens entspricht ganz der einer hochgradigen Osteomalacie. Der Beckeneingang ist fast vollständig von den herabgerutschten Lendenwirbeln ausgefüllt, so dass die Entfernung vom 4. Lendenwirbel bis zum Tuber ileopectineum 1,7 cm beträgt. Der Beckenausgang ist verlegt vom Kreuzbein, welches ziemlich in rechtem Winkel vom zweiten Wirbel an nach oben abgeknickt ist. Die Wirbel sind vollständig von der Facies auricularis getrennt, und ist theilweise jede Verbindung verschwunden. An der Wirbelsäule sind die Knorpel fast vollständig verschwunden, und sind nur von einzelnen Zwischenknorpeln geringe Rudimente vorhanden, eben so ist an der Symphysis ossium

pubis der Knorpel vollständig aufgezehrt. Das gesammte Krankheitsbild entspricht dem einer parenchymatösen Entzündung der Knochen der Wirbelsäule und des Beckens, welche dem Knochen dieselbe Weichheit, Nachgiebigkeit und Biegsamkeit verleiht, wie sie sonst nur der Osteomalacie eigenthümlich ist, so dass sie dieselbe Verkrümmung des Beckenringes hervorrufen kann, wie der osteomalacische Process im engsten Sinne des Wortes, besonders wenn dieselben äußeren Momente, namentlich die aufrechte Stellung des Körpers auf das Knochengerüst wirken.

---

6) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung am 22. Oktober 1889.

Vorsitzender: C. v. Braun, Schriftführer: Felsenreich.

G. Braun stellt a) ein schrägovales durch Coxalgie verengtes Becken bei einer 24jährigen IIpara vor, die im 7. Lebensjahre einen Sturz über eine Stiege erlitt und in Folge dessen 2 Jahre ans Bett gefesselt war. Das Becken ist coxalgisch, rechtes Hüftgelenk ankylotisch, das rechte Bein in typischer Coxitisstellung mit Atrophie desselben; Beckenmaße: Sp. 19,5, Cr. 25,0, Tr. 25, D. Baudel. 16,0; die Spin. il. dextr. ist in aufrechter Stellung 81, die linke 82 cm vom Fußboden entfernt; die Cr. il. dext. 24, die linke 26 cm lang; der Abstand von der Sp. ant. sup. — Sp. post. sup. der entgegengesetzten Seite 15 cm; Linea innominata rechts gestreckt verlaufend; die Symphyse um ca. 1 cm nach links verschoben; C. vera 8,5 cm. Wie die erste Geburt spontan verlief, so wurde auch diesmal spontan eine lebende Frucht (48, 2850) in I. Schädellage geboren.

b) einen geheilten Fall von Porro wegen pseudo-osteomal. Becken: 31jährige, 132 cm lange Person mit folgenden Beckenmaßen: Sp. 20, Cr. 20,5, Tr. 25,3, C. ext. 18,5, C. vera 7,5 cm, Dist. sacrococtyloid. links 3, rechts $5^1/_2$ cm; Eingang von dreieckiger Hutform, querer Durchmesser des Beckenausganges 6,5 cm. Am 13. Juli Sect. caes. nach Porro, lebende Frucht (43, 2250). Wochenbett wegen geringer peritonealer Reizung und Parotitis epidemica gestört. Bei der Entlassung am 7. September war die Vaginalportion klein, mäßig beweglich.

c) Demonstrirt ein 3000 g schweres, 49 cm langes Kind, welches bei sehr geringer Menge des Fruchtwasser geboren wurde und eine Überstreckung der rechten unteren Extremität im Kniegelenk zeigte. Im Anschlusse daran weist der Vortragende aus der klin. Präparatensammlung eine 2500 g schwere Frucht vor (auch hier war das Fruchtwasser verringert), bei welcher die oberen und unteren Extremitäten regelwidrig gelagert und theils im Handgelenk, theils im Sprunggelenke eine solche Überstreckung darboten, dass an einzelnen Stellen noch deutlich die Druckspuren sichtbar sind.

d) Referirt über einen Fall von Fibrom des linken Lig. latum, welches durch Laparotomie entfernt wurde und demonstrirte das betreffende Präparat, zugleich wurde die Ventrofixation des retroflektirten Uterus vorgenommen; glatter Verlauf. Bei der Entlassung (Zeitangabe fehlt, Ref.) ist der Uterus leicht nach vorn geneigt und der vorderen Bauchwand adhärent.

e) Berichtet endlich noch über eine 19tägige Retention einer Placenta im Uterus. Bei einer 38jährigen Frau, die seit 17 Jahren steril verehelicht war, traten Ende des VI. Lunarmonat, nach einigen Wechselfieberanfällen, Wehen auf, und sprang die Blase. Wegen Enge des Muttermundes wird am vorliegenden macerirten Arm gezogen und die Extraktion nach dem Vorgange wie bei spontaner Evolution ausgeführt, worauf sich das Orificium schloss, so dass die Placenta nicht entfernt werden konnte. Mäßige Blutung, daher bloß desinficirende Irrigationen der Scheide. Bis 12 Stunden vor Ankunft des Vortragenden nie Fieber. Innere Untersuchung der anämischen Person ergab einen callösen Ring, für die Fingerspitze durchgängig und in der kugelförmig ausgedehnten Uterushöhle die faustgroße Placenta, welche digital von der Uteruswand losgelöst, theils durch Kornzange, theils durch Löffelzange verkleinert und durch den engen Muttermund entfernt wurde; zum Schlusse das Cavum mit Curette ausgeschabt.

Dittel bespricht 2 Fälle von eitrigen parametranen Exsudaten mit Senkung

des Eiters in das Septum recto-vaginale, dieser vom Mittelfleisch aus nach der von ihm schon vor Jahren angegebenen Methode zur Eröffnung von Prostataabscessen mit Erfolg operirt. Es gelingt auf diese Art relativ leicht den Eiter zu entleeren und die Drainage mit Jodoformgaze zu bewerkstelligen. O. Zuckerkandel habe nur das Verdienst, die Indikationen für die perineale Methode erweitert zu haben.

Hofmokl ist ebenfalls der Ansicht, derlei Exsudate besser vom Perineum als von Vagina oder Rectum aus zu eröffnen, um so mehr als auch die Nachbehandlung leichter sei. **Torggler** (Innsbruck).

---

7) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in St. Petersburg.

Sitzung am 27. April 1889.

Vorsitzender Slawiänsky, Sekretär Smolsky.

1) J. N. Grammatikati demonstrirt zwei Ovula, die etwa dem Anfang der 3. Schwangerschaftswoche entsprechen, jedes etwa 15 mm lang. Beide entstammen Frauen, die 1½—2 Wochen geblutet, sich aber nicht für schwanger gehalten hatten. Eine derselben hatte anscheinend gesunde Genitalien, die andere einen Uterus bilocularis unicollis. Über die noch vorzunehmende mikroskopische Untersuchung soll später referirt werden.

2) D. Popow spricht über Fremdkörper in der Uterinhöhle im Anschluss an folgenden Fall aus der Klinik des Prof. Lebedew. Pat. hat 2mal geboren und im Juni 1888 abortirt; seitdem leidet sie an Schmerzen im Unterleib und weißem Fluss; die Schmerzen steigern sich bei der Menstruation, die am 18. Februar regelmäßig verlaufen ist, nur unbedeutend. Am 12. März will sie plötzlich heftige, wehenartige Schmerzen bekommen, und sich desshalb eine Haarnadel eingeführt haben; sie hatte dieselbe vorher zu einem Haken gebogen. Nun konnte sie die Nadel aber nicht mehr entfernen und ist aus Narva nach Petersburg geschickt worden, wo sie sich schon am 14. März präsentirte: Geringe Empfindlichkeit über der Symphyse, etwas Blutung, in der Scheide das eine Ende der Haarnadel, die in den Cervix hinaufgeht; Portio dick, um den Muttermund »Erosionen«, der große, empfindliche Uterus nach hinten geneigt; durch das hintere Scheidengewölbe fühlt man im Uterus das nach hinten und rechts gewandte obere hakenförmige Ende der Haarnadel. Am 15. März wurde der Uterus mit der Kugelzange angezogen, die Haarnadel durch Hinaufschieben frei gemacht, der Cervicalkanal durch Hegar'sche Dilatatore, bis No. 12, erweitert, worauf es gelang mit einer Kornzange oberhalb des inneren Muttermundes den Haken zu ergreifen und sofort die Nadel zu entfernen. — Sechs Tage später wird Pat. gesund entlassen, natürlich mit bestehender Retroversio uteri, Verdickung der linken Tube und vergrößertem und empfindlichem linken Eierstock.

3) U. E. Wiercinsky, Fall von puerperalem Tetanus. Die 23jährige Pat. hat ihre erste Regel mit 16 Jahren gehabt, und damals nach Aussage der Mutter ein Paar Anfälle von Fallsucht überstanden, die seitdem nicht wiedergekehrt sind. Seit einem Jahr verheirathet, kreißt sie zum ersten Mal. Das Becken allgemein verengt, Conj. diagon. 10 cm. Nach 4tägiger Geburtsarbeit wird der in der Beckenhöhle in I Schädellage stehende Kopf bei nicht ganz eröffnetem Muttermunde mit der Zange entwickelt. Das tief asphyktische Kind wird wiederbelebt, ein Riss am Frenulum rechts mit 2 Seidennähten geschlossen; Sekale, Eis auf den Leib. Die 3 ersten Tage des Wochenbettes ohne Störung; am 4. Tage traten Pharynxkrämpfe auf und tonische Zusammenziehungen der Extensoren des Vorderarmes, am 5. und 6. Tage bei vollem Bewusstsein der Kranken ein quälender Trismus, Spannung der Kopfnicker, der Nackenmuskeln und äußerst schmerzhafter tonischer Krampf der Extensoren des Vorderarmes und des Fußes, endlich Opisthotonus. Während der Anfälle stieg die Temperatur auf 40,0, fiel nach denselben auf 37,3. An den beiden nächsten Tagen fanden fast gar keine Krämpfe statt, am 9. erschienen sie wieder, als die Kranke ins Bad getragen wurde; vom 11.—15. Tage erträgliches Befinden, am 16. Tage wieder Krämpfe, am 17. Tod unter

den Erscheinungen von Asphyxie und Lungenödem, wobei das Bewusstsein erst 2 Stunden vor dem Tode schwand. Im Harn viel Eiter, zuweilen minimale Quantitäten Eiweiß, keine Cylinder, spec. Gewicht 1019, Reaktion sauer. Diagnosticirt wurde Entzündung der Nierenbecken und von Seiten der Genitalien leichte Kolpitis und Endometritis. — Was die Krämpfe betrifft, so hat W. der Reihe nach an Eklampsie, Urämie, Sekalevergiftung (Pat. hat ca. 80 Gran bekommen), septische Meningitis und Tetanie gedacht. Bei letzterer Diagnose ist er stehen geblieben, ohne die Infektionsquelle angeben zu können. Sektion ist leider nicht gemacht.

W. J. Stoltz bemerkt, dass er bei der Seltenheit des puerperalen Tetanus 2 Fälle erwähnen zu dürfen glaubt, deren einer von ihm, der andere von Dr. Lewkowicz beobachtet wurde. Beide Pat. waren die ersten 7 Tage p. p. gesund, am 8. Tage Trismus, am 9. Tetanus, am 10. Tod, so dass die Krankheit nur 2 Tage dauerte.

4) S. S. Sajaïzky berichtet über 7 Kastrationen und Salpingotomien, die er in Moskau ausgeführt hat. Alle sind glatt geheilt, bei einer eine einmalige Temperatursteigerung bis 38,1°. Indikationen waren: 5mal chronisch-entzündliche Processe an Eierstock und Tuben, die lange erfolglos behandelt waren, 1mal Pyosalpinx, 1mal Blutungen bei Fibromyoma uteri. Ursache der Erkrankung war in 5 Fällen puerperale Infektion; 2 von diesen ließen Gonokokken entdecken, stellten also Exacerbationen des früher bestandenen Processes im Wochenbette dar. Alle Pat. hatten geboren, waren aber vor der Operation mehrere Jahre steril gewesen. Es wurde gemacht: 4mal Castratio et salpingotomia duplex, 1mal Oophorectomia et salpingotomia sinistra, 1mal Oophorectomia sinistra, 1mal Salpingotomia partialis (bei der Pyosalpinx) mit Einnähen des Sackes in die Bauchwand. Als Desinficientien dienten in einigen Fällen Quecksilberjodid, in anderen Sublimat, Jodoform in allen. Die genähte Wunde wurde mit Jodoformkollodium begossen und ein Streifen Protektiv darauf geklebt. In allen Fällen bis auf einen zeigte sich am 2. Tage Blut aus dem Uterus, wenig, aber meist ein Paar Tage lang. — Einige Fälle sind mikroskopisch untersucht und einer davon von N. Sawinow als Salpingitis chronica productiva vegetans beschrieben worden (Archiv f. Gynäk. XXXIV). S. hält diese Form nicht für selten, da er sie, wenn auch weniger ausgesprochen, noch in anderen seiner Fälle gesehen hat. Außerdem fand er 1mal eine faustgroße Pyosalpinx, 1mal einen unbedeutenden Eiterherd in dem verwachsenen Fransenende einer Tube. Die Ovarien waren alle mehr oder weniger cystös entartet, zwei waren torquirt, in einem von diesen ein apoplektischer Herd. Nach den bilateralen Operationen cessirten die Menses, nach den anderen nicht. Alle Pat. erholten sich gut und wurden arbeitsfähig, eine Hysterische behielt ihre früheren Klagen, wesswegen S. die Hysterie als Indikation nicht gelten lässt.

5) J. J. Makawejew über die Anwendung von Mineralbädern während normaler und pathologischer Uterinblutungen. Beobachtungen aus Staraja Russa. Bäder sind während der Menses nicht schädlich, der Blutverlust wird durch dieselben nicht gesteigert sondern herabgesetzt.

---

8) Belgische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Brüssel.

Sitzung vom 19. Januar 1890.

1) Hubert Louvain über Geburtszange. Er zieht gegen die Zange mit gekreuzten Blättern stark zu Felde und spricht das Wort denen mit parallelen Armen, wie sie zuerst von Palfyn angegeben und von Chassagny weiter entwickelt worden sind. Besonders in den Fällen ist die gekreuzte Zange gefährlich, wo eine Reduktion des Schädels wegen Beckenenge erreicht werden muss. Mit den parallelen Blättern erlangt man leicht eine Verlängerung des Kopfes, entsprechend der Achse des Kanals, welchen derselbe zu passiren hat, was man mit den gekreuzten Blättern nicht thun kann.

Der Vortragende explicirt sodann den Mechanismus seiner Zange mit parallelen Blättern und giebt an, in welcher Weise der Zugapparat, welcher seiner Zange beigefügt ist, zu verwenden sei.

Charles, Lüttich, bemerkt hierzu, dass in Anbetracht der Komplicirtheit der Zange und des dadurch wahrscheinlich sehr hohen Preises derselben, man zuvor sichere Garantie für die Brauchbarkeit dieses Instrumentes haben muss, ehe man dasselbe für die Praxis empfehlen kann. Man könne weder von den praktischen Ärzten, ja selbst nicht von den Administrationen der Hospitäler verlangen, starke Summen für neue Instrumente auszugeben, welche kurze Zeit darauf als defekt anerkannt werden. Er schlägt daher eine Diskussion über diesen Gegenstand in einer der nächsten Sitzungen vor. Sein Vorschlag wird angenommen.

2) Saulmann (Brüssel) über elektrische Behandlung in der Gynäkologie.
(Vortrag wird in extenso abgedruckt werden.)

Vortragender spricht über die glücklichen Resultate, welche er durch die Elektrolyse in ca. 100 Fällen von verschiedenartigen Affektionen des Uterus und seiner Annexe erlangt hat; er rühmt sehr warm die Methode von Apostoli. In allen Fällen von Fibromen des Uterus, von starken Blutungen begleitet, hat die Elektrolyse diese prompt beseitigt. Die heftigen Druckschmerzen hörten nach 6—8 Sitzungen von je 5 Minuten auf und nach etwa 10 Sitzungen konnte man deutlich eine Verkleinerung des Tumors wahrnehmen. Der Vortragende citirt speciell einen Fall von parietalem Fibrom, welches die Kranke so weit herunter brachte, dass sie jeder Beschäftigung entsagen musste. Nach ca. 12 Sitzungen wurde der Tumor auf ein Minimum reducirt, die Drucksymptome verschwanden und die Kranke, Lehrerin, konnte wieder ihrer gewohnten Beschäftigung nachgehen. Dieser Tumor war nicht mit Blutung komplicirt, daher wurde der negative Pol zur Verwendung gebracht, in allen Fällen von Blutungen wurde der positive Pol gebraucht. Herr Saulmann explicirt sodann den von ihm verwendeten Apparat, der, mit Konduktoren versehen, erlaubt ohne Rheostat mit kleinen Quantitäten von Elektricität und ohne Voltaischen Shock zu arbeiten. Er wendet gewöhnlich bei Tumoren 75—200 Milliampères an, überschreitet jedoch diese Zahl, wie es Apostoli macht, nicht. Bei parametritischen Exsudaten verwendet er mit großem Erfolge eine aus Aluminum gefertigte Kugel, die möglichst nahe an die Exsudatstelle angelegt und mit dem negativen Pole in Verbindung gebracht wird. Hier reichen 70—75 Milliampères aus.

3) Desguin, Anvers, berichtet über einen Fall von Tubenschwangerschaft.

Der Fall betrifft eine Frau, bei welcher man eine Pyosalpingitis diagnosticirt hatte und welche behufs Heilung in das Hospital eingetreten war. Das Aufhören der Menstruation seit einigen Monaten hatte Herrn D. sogleich an eine Extrauterin-Schwangerschaft denken lassen. — Der allgemeine Zustand, welcher auf das äußerste geschwächt war, die unerträglichen Schmerzen verlangten eine Operation. Das Datum derselben wurde fixirt und Alles bereitet. Als Vortragender sich zur festgesetzten Stunde ins Hospital begab, wurde ihm vom Assistenten mitgetheilt, dass es unnöthig sei, zu operiren, die Kranke sei bereits moribund. Der äußerste Collapsus, die Zeichen einer starken inneren Blutung, die Pulslosigkeit bestimmten ihn jedoch, den letzten Versuch, die Operation, zu machen. Er öffnete das Abdomen, sieht sofort den Fruchtsack und konstatirt nach Entfernung von vielen Blutgerinnseln die Gegenwart eines Fötus. Dieser wird sofort extrahirt, der Fruchtsack an die Bauchwunde genäht und der Sack, in dem die Placenta zurückgelassen wird, mit Jodoformgaze ausgefüllt. Nach 3 Wochen trat vollständige Elimination der Placenta ein, gänzliche Heilung der Operirten kurze Zeit darauf.

4) Die Saint-Moulin (Brüssel) theilt einen Fall von sehr voluminösem Fibrome des Uterus mit, wo er mit Erfolg die Myotomie mit extraperitonealer Stielversorgung gemacht hat. Ungeachtet der sehr ausgesprochenen Größe des Tumors und der Dicke des Stieles hat er doch die Anheftung des letzteren an die Bauchwunde der von Anderen empfohlenen Methode, denselben per vaginam zu entfernen, vorgezogen.

Saulmann (Brüssel).

9) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe zu New York.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. Juli, Aug., Sept.)

Sitzung am 5. Februar 1889.

Dudley zeigt einen Blasenstein vor, welcher eine Haarnadel enthält; weiter berichtet derselbe über einen Fall von fixirter Retroversion, in welchem er den Bauchschnitt machte behufs Lösung der Adhäsionen. Dieselben zeigten sich als äußerst fest, so dass zu ihrer Durchtrennung bedeutende Gewalt angewandt werden musste. Die erkrankten Eierstöcke wurden ebenfalls entfernt.

Wylie berichtet über einen ganz ähnlichen Fall, in welchem er ebenfalls die cystisch entarteten Eierstöcke mit entfernte und Heilung erzielte, nachdem jahrelange Behandlung fruchtlos gewesen war. In solchen Fällen faltet er die runden Mutterbänder so weit, dass der Uterus in seiner richtigen Lage gehalten wird, schabt die Oberfläche derselben leicht auf der inneren sich berührenden Seite und vereinigt dieselben durch feine Nähte. Er hat die Operation in sieben Fällen angewandt und ist mit ihrem Erfolge sehr zufrieden.

Coe theilt einen Fall von Erethismus mit, in welchem die Anhänge entfernt wurden ohne den Zustand im geringsten zu bessern. Die gewünschte Myomotomie lehnte er ab, weil er sich von derselben keinen Erfolg versprechen konnte.

McLean. Fall von Sarkom des Beckens.

Wylie berichtet über Geistesstörungen in den ersten Monaten der Schwangerschaft. Dieselben verschwinden meistens nach dem vierten Monat kehren jedoch häufig eigenthümlicherweise nach der Entbindung für kürzere Zeit zurück.

Sitzung am 19. Februar 1889.

Perry zeigt das Präparat einer kleinen Ovariencyste vor, welche er durch Bauchschnitt entfernt hatte. Der Fall bot dadurch Interesse, dass die Cyste äußerst beweglich war, so dass dieselbe Anfangs für eine Wanderniere gehalten wurde.

Tuttle demonstrirt mehrere Präparate.

Jacobus berichtet über einen Fall von hysterischer Aphasie. Dieselbe trat bei einer sonst gesunden Frau nach einem Nachmittagsschläfchen plötzlich auf. Es fand sich gleichzeitig vollständige Anästhesie der oberen Extremitäten und des oberen Theiles des Körpers, in geringerem Grade des unteren. Der Zustand dauerte mehrere Tage an.

Fruitnight. Dystokie in Folge von Spina bifida. Es bestand Steißlage, die Geschwulst täuschte Kopflage vor.

Tuttle rühmt die Tamponade des puerperalen Uterus mit Jodoformgaze. Wylie spricht dagegen; Grandin empfiehlt den faradischen Strom bei schlaffer Gebärmutter. An der Diskussion betheiligen sich weiter Burkmaster, Coe, Janvrin und Andere, welche in ihrer Mehrheit sich gegen die Tamponade als überflüssig und nicht unbedenklich aussprechen.

Sitzung am 5. März 1889.

Boldt. Bauchschnitt wegen Ruptur einer Tubenschwangerschaft. Vier Wochen nach der wahrscheinlichen Ruptur wird die Laparotomie gemacht. Die Geschwulst zeigte sich derart mit den Unterleibsorganen verwachsen, dass eine Loslösung unmöglich war. Nach einigen Monaten wurde der Leib nochmals geöffnet und die ganze Masse mit großer Mühe losgeschält, wobei ein Beckenabscess eröffnet wurde, dessen Inhalt sich in die Bauchhöhle ergoss.

Tuttle. Bauchschnitt wegen Tubenschwangerschaft. Die Tube, faustgroß wird entfernt; in derselben findet sich ein Zoll langer Fötus; Chorionzotten ließen sich nachweisen.

Derselbe berichtet über einen Fall von letalem Ausgang nach Entfernung der Uterusanhänge in Folge von Darmverschluss und zwei Fälle von gonorrhoischer Salpingitis.

Mundé zeigt verschiedene Präparate vor und erklärt dieselben. H. Marion Sims spricht über Incontinentia urinae bei jungen Mädchen und Frauen. An

den interessanten Vortrag, der an anderer Stelle besprochen wird, knüpft sich eine lebhafte Besprechung. **Engelmann** (Kreusnach).

---

10) Verhandlungen der amerikanischen Gesellschaft für Gynäkologie.

(Vierzehnte Jahresversammlung, gehalten zu Boston vom 17.—19. September 1889.)

(Amer. journ. of obstetr. 1889. Oktober.)

Erster Tag. Morgensitzung.

Nachdem Reynolds (Boston) die Gäste begrüßt hatte, spricht Garrigues (New York) zunächst über den Gebrauch und Missbrauch antiseptischer Einspritzungen in der Geburtshilfe. Er spricht sich für strenge Antisepsis aus, warnt aber vor intra-uterinen Einspritzungen ohne Auswahl der Fälle. Als Antisepticum empfiehlt er, unter Anführung von 22 Fällen von unglücklichem Ausgange nach Anwendung des Sublimats, sehr warm das Creolin. In gleichem Sinne sprechen Fordyce Barker, Lusk, Coe, Polk, Mundé und Andere, nur Gill Wylie empfiehlt häufigeres Ausspülen des Uterus.

John Byrne (Brooklyn). Die Erfahrung von 20 Jahren bei der Behandlung von Uteruskrebs mittels Galvanokaustik. Verfügt über 367 Fälle, davon wurden 151 vor Ende eines Jahres aus dem Auge verloren. In 59 Fällen war nur die Portio erkrankt; 36 derselben blieben unter Beobachtung, sämmtliche waren länger als 5 Jahre von einem Recidiv verschont. Eben so die 81 Fälle, in welchen der ganze Cervix erkrankt war. Bei 8 war nur das Corpus erkrankt, im Durchschnitt hielt die Besserung über 2 Jahre an. In dem Rest der Fälle 219 waren Cervix und Corpus erkrankt; 111 davon verlor B. aus dem Auge; bei 26 erfolgte Recidiv innerhalb eines Jahres, 78 blieben im Durchschnitt 3 Jahre ohne Recidiv.

Er entfernt zuerst den Cervix möglichst hoch oben mit der Schlinge und führt dann ein Instrument in die Uterushöhle, um dieselbe gründlich zu kauterisiren. Häufig Untersuchung nach der Operation und Behandeln jeder verdächtigen Stelle.

Nachmittagsitzung.

Paul Mundé. Über Natur und Grenzen der operativen Behandlung der Uterusmyome. Warnt vor der Sucht, jedes Myom in Behandlung zu nehmen, nur wenn sie rasch wachsen, Blutungen verursachen, Kompressionserscheinungen setzen, soll eingeschritten werden. Curettement hilft oft bei Blutungen, sonst ist Entfernung der Eierstöcke am Platze — Laparo-hysterotomie sollte nicht leichten Herzens unternommen werden, allein um die Kranke von ihrer Geschwulst zu befreien.

Gill Wylie. Bemerkungen über Natur und Behandlung der Uterusfibrome. Ist der Ansicht dass, wie alle organische Gebilde, dieselben ihre Periode des Wachsthums der Reife, des Rückganges haben. Glaubt dass das Leben der Fibrome gewöhnlich zwischen 2 und 8 Jahren dauere. Die Hysterektomie ist eine vollständig gerechtfertigte Operation, die Mortalität nicht hoch, bei ihm 10%. Elektricität nutze nicht viel, höchstens gegen die Endometritis, doch sei hier die Curette vorzuziehen. Engelmann (St. Louis), Chadwick (Boston), van de Warker (Syracuse), Mann (Buffalo), Mundé (New York) sprechen sich im Ganzen günstiger über Elektricität aus, doch zurückhaltender als vor Jahresfrist.

Zweiter Tag. Vormittagsitzung.

Jackson berichtet über einen Fall von Lipom, welches von den Peritonealfalten des Mesenterium ausging und einen Ovarientumor vortäuschte. Wilson hielt darauf die Jahresansprache, welche über die Frage handelte, soll Laparotomie dicht vor oder während der Menstruation ausgeführt werden. Er selbst hält diesen Zeitpunkt für besonders günstig, da dann die Cirkulation im Becken besonders aktiv sei und die vermehrte lokale Blutung die Neigung zu Entzündung zu vermindern scheine. Seine Erfahrung spreche dafür.

Van de Warker (Syracuse) Erfahrungen über verjauchende intra-uterine Fibrome. Bringt nichts Neues.

Coe. Tod nach Ovariotomie in Folge organischer Erkrankungen. Eine beträchtliche Anzahl von Todesfällen nach Ovariotomien, welche der Sepsis oder

Peritonitis zugeschrieben wurden, ist in Wirklichkeit bedingt durch organische Läsionen, welche oft schon lange bestanden haben. Auf solche Komplikationen ist stets sowohl vor als nach der Operation Rücksicht zu nehmen, geschieht dies so werde zweifellos die Mortalität der Operation sich vermindern.

Zweiter Tag. Nachmittagsitzung.

G. Engelmann (St. Louis). Über Nierenerkrankungen, bedingt durch Krankheiten der Beckenorgane. Handelt hauptsächlich über Nephritis, welche durch Kompression der Ureteren verursacht wird. Meistens ist die Komplikation bereits weit vorgeschritten, ehe sie entdeckt wird, da ihre Entwicklung eine sehr schleichende ist. Es ist nothwendig in allen Fällen, in welchen eine Kompression möglich ist, von Zeit zu Zeit den Urin zu untersuchen. Die Behandlung kann nur in der Entfernung der Ursache bestehen, ist dies nicht möglich, so muss die Niere selbst in Angriff genommen werden.

Gordon (Portland). Beckenkongestion contra Beckenentzündung. Betont die Nothwendigkeit bei chronischen Entzündungsvorgängen im Parametrium, die mit venöser Kongestion verbunden sind, den Operationen am Cervix eine gründliche Ausschabung vorhergehen zu lassen.

Polk (New York). Chirurgische Behandlung der Retroflexionen des Uterus. Spricht für Alexander's Operation, die er in 52 Fällen mit Erfolg ausgeführt, besonders bei Retroversio und Prolaps. Bei extremen Fällen von Retroflexion und Prolaps des Eierstockes genügt sie meistens nicht. Hier muss die Eröffnung des Abdomens mit Anheften des Uterus an die Bauchwand nach Sänger-Kelly oder Tait, oder auch der Falten der runden Mutterbänder nach Wylie an die Stelle treten. Kelly bemerkt, dass er in 3 Fällen den Fundus uteri mit Erfolg an die vordere Bauchwand angenäht habe, ohne die Laparotomie zu machen, indem er durch die Bauchdecken direkt die Nadel führte.

Dritter Tag. Vormittagsitzung.

Martin (Berlin) hat eine Abhandlung über das Verhältnis von Uterusdeviationen zur Schwangerschaft eingesandt. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Retroflexion ist kein Haupthindernis für die Konception, sondern die sie begleitende Kongestion, Endometritis etc.

In der Mehrzahl der Fälle kommen Rückwärtslagerungen der schwangeren Gebärmutter nicht zur Behandlung.

Erschwertes Urinlassen ist ein wichtiges Symptom.

Gelingt bei einer Incarceration die Reposition nicht, so ist Einleitung der künstlichen Frühgeburt und selbst Hysterektomie in Frage zu ziehen.

Gehrung (St. Louis). Erfolge der Suppressio mensium. Die Menstruation ist unter gewissen Verhältnissen eine Blutung, sie zu unterdrücken oder beschränken, erlaubt und heilsam. Das Mittel dazu ist der Vaginaltampon.

Boldt. Über intermediäre Tracheorrhaphie. Darunter versteht B. die Operation der Cervixrisse nach Aufhören der Lochien, bevor pathologische Veränderungen eintreten. Er hat dieselbe in 26 Fällen mit gutem Erfolge ausgeführt.

Aschby (Baltimore). Der Werth der Laparotomie bei der Diagnosis geringfügiger intra abdomineller Erkrankungen. Da die Mortalität des Bauchschnittes an und für sich bei richtiger Methode gleich Null sei, so glaubt sich A. berechtigt, dieselbe behufs Diagnose auch unbedeutender Frauenleiden, bei welchen eine sichere Diagnose nicht gestellt werden kann und die jeder Behandlung widerstehen, warm empfehlen zu dürfen.

Sawyer (Chicago). Theilweise Rotation des Eies im Anfang der Schwangerschaft als Ursache der Placenta praevia. Führt zwei Fälle an, welche diese Theorie beweisen sollen.

Kollock (Cheraw) über den Schutz, welchen die Vaccination dem Fötus gewährt. Hat 36 schwangere Frauen geimpft und die Kinder nach der Geburt revaccinirt, resp. bei Misserfolg die Impfung mehrmals wiederholt. Bei 14 Fällen von Primiparis misslang die Impfung nur bei 5 Kindern; bei 22 Fällen von

Multiparis dagegen bei 16 Kindern. Je weiter die Schwangerschaft fortgeschritten war, um so sicherer war der Schutz für die Kinder, nach K. desswegen, weil die Placentarcirkulation dann um so kräftiger sei.

Chadwick (Boston) Fall von Nephrotomie behufs Entfernung eines Nierensteines. Typische Symptome, doch wurde kein Stein gefunden. Gleiches soll in 13 unter 35 Fällen, welche C. in der Litteratur sammelte, stattgefunden haben.

Engelmann (Kreuznach).

X. Internationaler Medicinischer Kongress. Berlin 1890.

Einladung

zur Theilnahme an den Verhandlungen der

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Entsprechend dem Beschluss des neunten Kongresses zu Washington wird in den Tagen vom 4.—9. August dieses Jahres der zehnte internationale medicinische Kongress zu Berlin stattfinden. Von den Delegirten der Deutschen medicinischen Fakultäten und den größeren ärztlichen Gesellschaften des Deutschen Reiches sind die Unterzeichneten zu Mitgliedern eines vorbereitenden Abtheilungskomités gewählt worden. In dieser Eigenschaft beehren wir uns zur Theilnahme an den Verhandlungen unserer Abtheilung höflichst einzuladen. Es wird uns zur besonderen Ehre und Freude gereichen, unsere verehrten Fachgenossen recht zahlreich bei uns begrüßen zu dürfen.

Wir überreichen nachstehend das vorläufig festgestellte Programm der Abtheilungsverhandlungen und bitten, etwaige weitere Vorschläge, so wie Anmeldungen von Vorträgen oder Demonstrationen recht bald an uns gelangen zu lassen.

In der Hoffnung auf eine anregende und unserer Wissenschaft förderliche Zusammenarbeit entbieten wir unseren kollegialen Gruss und zeichnen

Hochachtungsvoll

Das Organisationskomité für die Abtheilung:
Geburtshilfe und Gynäkologie.

Fritsch-Breslau. Gusserow-Berlin. Hegar-Freiburg.
Hofmeier-Würzburg. Kaltenbach-Halle. Löhlein-Gießen.
Martin-Berlin. Olshausen-Berlin. Winckel-München.

Alle die Abtheilung betreffenden Zuschriften wolle man an das geschäftsführende Mitglied, Dr. A. Martin, Berlin NW., Moltkestr. 2, der sich auch gern denjenigen Fachgenossen zur Verfügung stellt, welche die wissenschaftliche Ausstellung des Kongresses beschicken wollen, richten; andere Mittheilungen werden an das Bureau des Generalsekretärs Dr. Lassar, Berlin NW., Karlstr. 19 erbeten.

Vorläufiges Programm

der Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Wir haben für unsere Arbeit drei volle Tage zur Verfügung und außerdem an den Tagen der zweiten und dritten allgemeinen Sitzung einige Morgenstunden.

Die Morgenstunden schlagen wir vor, zu Demonstrationen von Präparaten, Instrumenten, eventuell Operationen zu benutzen.

In den Stunden von 10—1 Uhr an den drei freien Tagen wollen wir die nachbenannten Themata durch Referenten und Korreferenten zur Erörterung bringen mit einer daran sich knüpfenden freien Diskussion, in welcher auch die zu den Themata etwa in Beziehungen stehenden angemeldeten freien Vorträge anzuhören sind.

In den Stunden von 2—4 werden die sonstigen angemeldeten Vorträge in der von dem Abtheilungsvorstand anzuordnenden Reihenfolge angehört werden.

Als Themata für die Vormittagssitzungen (10—1) werden erörtert werden, resp. haben die Referate übernommen:

1) *Die Antisepsis in der Geburtshilfe. Referent: Galabin-London. Korreferenten: Stadfeldt-Kopenhagen, Slavjanski-St. Petersburg, Fritsch-Breslau.*
2) *Die künstliche Frühgeburt, ihre Indikationen und Methoden. Referent: Th. Parvin-Philadelphia. Korreferenten: Calderini-Parma, Macan-Dublin, Dohrn-Königsberg.*
3) *Die vaginale Totalexstirpation. Referent: Williams-London. Korreferenten: Pozzi-Paris, Schauta-Prag, Olshausen-Berlin.*
4) *Die Elektrolyse der Myome. Referent: Apostoli-Paris. Korreferenten: Th. Keith-London, Eph. Gutter-New York, Zweifel-Leipzig.*

Auszug

aus dem allgemeinen **Statut und Programm** des Kongresses.

Art. IX. In den Sitzungen der Abtheilungen werden Fragen und Themata, die von dem Organisationskomité der Abtheilung aufgestellt sind, zur Eröterung gebracht. Die Berichte der durch das Komité ausgewählten Referenten, so wie die sonstigen zu dem Thema eingegangenen Mittheilungen und Anträge bilden die Grundlage der Verhandlung. In so fern die Zeit es erlaubt, können auch andere, von Mitgliedern angemeldete, und von dem Abtheilungskomité angenommene Mittheilungen oder Themata zur Verhandlung gelangen. Das Bureau jeder Abtheilung beschließt über die Annahme solcher Mittheilungen und über die Reihenfolge, in welcher dieselben zur Verhandlung kommen sollen, jedoch nur in so weit, als dies nicht in der Sitzung selbst durch Beschluss der Abtheilung bestimmt worden ist.

Abstimmungen über wissenschaftliche Fragen finden nicht statt.

Art. X. Einleitende Vorträge in den Abtheilungen sind in der Regel auf die Zeit von **20 Minuten** zu beschränken. In der Diskussion sind jedem Redner nur **10 Minuten** zugemessen.

Art. XI. Alle Vorträge und Mittheilungen in den allgemeinen und Abtheilungssitzungen müssen vor dem Schlusse der betreffenden Sitzung schriftlich an die Schriftführer übergeben werden. Das Redaktionskomité entscheidet darüber, ob und in welchem Umfange diese Schriftstücke in die zu druckenden Verhandlungen des Kongresses aufgenommen werden sollen.

Die Mitglieder, welche an Diskussionen theilgenommen haben, werden ersucht, vor dem Ende des Tages den Schriftführern einen schriftlichen Bericht über die Bemerkungen, welche sie während der Verhandlung gemacht haben, zuzustellen.

Art. XII. Die officiellen Sprachen aller Sitzungen sind Deutsch, Englisch und Französisch.

Die Statuten, so wie die Programme und Tagesordnungen werden in allen 3 Sprachen gedruckt.

Es ist jedoch gestattet, sich für ganz kurze Bemerkungen in den Sitzungen einer anderen Sprache zu bedienen, falls eines der anwesenden Mitglieder bereit ist, den Inhalt solcher Bemerkungen in einer der officiellen Sprachen wiederzugeben.

Die Theilnehmer zahlen bei der Einschreibung einen Beitrag von 20 ℳ. Sie werden dafür je ein Exemplar der Verhandlungen erhalten, sobald dieselben erschienen sind. Die Einschreibung beginnt bei Beginn der Versammlung. Sie wird auch vorher geschehen können durch Einsendung des Beitrages an den Schatzmeister* unter Angabe des Namens, der Stellung und des Wohnortes.

---

* Adresse: Dr. M. Bartels, Bureau des Hauses der Abgeordneten, Berlin SW., Leipzigerstraße 75. Es wird um Beifügung einer Visitenkarte gebeten.

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

APR 28 1890

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 15. Sonnabend, den 12. April. 1890.

Inhalt: I. **F. Ahlfeld,** Die geburtshilflichen Operationen in der Hebammenpraxis. — II. **W. Schrader,** Die intra-uterinen Ätzungen bei Endometritis. (Original-Mittheilungen.)

1) **Fränkel,** Peritonitis. — 2) **Lawson Tait,** Ektopische Schwangerschaft. — 3) **Rosenbach,** Stoffwechsel.

4) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden. — 5) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe in New York. — 6) **Ehrendorfer,** Extra-uterin-Schwangerschaft. — 7) **Witthauer,** Tetanus uteri. — 8) **Bruttan,** Ovariotomien. — 9) **Bode,** Nabelbruch. — 10) **Auvard,** Heredität.

Nochmalige und letzte Erklärung zur sogenannten Erfindung des Herrn Dr. Quetsch.

I. Die geburtshilflichen Operationen in der Hebammenpraxis.

Von

F. Ahlfeld.

Die Frage, welche geburtshilfliche Operationen den Hebammen zu gestatten seien, sollte zur Zeit von Seiten der Ärzte diskutirt werden, da es sich für das Königreich Preußen um Einführung eines neuen Hebammenlehrbuches handelt, in dem auch die Befugnisse der Hebammen nach neueren Anschauungen abgegrenzt werden sollen.

Es wäre sehr wünschenswerth, wenn die Herren Kollegen recht zahlreich über ihre Erfahrungen berichteten. Bisher hat nur Herr Geheimrath Dohrn in einem Aufsatze »Über die operativen Befugnisse der preußischen Hebammen« in der Deutschen med. Wochenschrift 1890 No. 7 seine Ansichten ausgesprochen. Ich möchte nicht säumen, da ich in der Lage bin, die Verhältnisse einer ganzen Provinz beurtheilen zu können, zu berichten, was ich in Betreff der diskutirten Frage für Erfahrungen gesammelt habe.

Eine volle Übereinstimmung wird wohl unter den Fachgenossen darin bestehen, dass man den Hebammen fernerhin auch die Befugnis lassen muss, bei Beckenendlagengeburten die Entwicklung der Arme und des Kopfes vorzunehmen. Die Bedingungen, unter welchen

diese Handgriffe auszuführen den Hebammen gestattet sein sollen, sind im jetzigen Hebammenlehrbuch sehr präcis festgestellt. Es lässt sich dagegen nichts einwenden.

Es sei nur hier angedeutet, dass selbst bei dieser einfachen Operation die Resultate in der Hebammenpraxis durchschnittlich recht schlechte sind. Die Zahl der in Beckenendlage todtgeborenen Kinder ist, wie mich die Durchsicht der Hebammentabellen des Regierungsbezirks Kassel haben erkennen lassen, eine sehr große.

Sehr streng, glaube ich, muss man den Hebammen die Extraktion an den Füßen und am Steiße verbieten. Die Sucht, an den vorliegenden Füßen zu ziehen und auf diese Weise die Geburt abzukürzen, ist allen Hebammen eigen, selbst wenn absolut keine Indikation zur Beendigung der Geburt besteht. Die Hebammen machen sich nicht klar, wie durch eine beschleunigte Extraktion Mutter und Kind in Gefahr kommen, indem einestheils die Haltung der Frucht eine ungünstige wird, anderentheils die Konstriktion des noch nicht genügend erweiterten oder durch Reizung kontrahirten Cervix um den Hals des Kindes zur Zurückhaltung des Kindes oder zu tiefen Cervixrissen führt.

Die einzige Indikation, welche eine Berechtigung hätte, wäre die Komplikation von profusen Blutungen bei Placenta praevia und nahezu eröffnetem Muttermunde. Und auch hier scheint es mir nicht zweckmäßig, den Hebammen die Extraktion zu erlauben; vielmehr genügt in der Regel das Anziehen des Fußes, bis der umfangreichere Steiß die blutende Stelle der Gebärmutterwand tamponirt und so die Blutung stillt.

Die wichtigste Frage ist jedenfalls die: soll man den Hebammen fernerhin die Wendung durch innere Handgriffe und die Placentalösung gestatten?

Was die Ausführung der Wendung anbetrifft, so kann ich zunächst aus den Hebammentabellen des Regierungsbezirks Kassel berichten, dass dieselbe thatsächlich von Hebammen nur äußerst selten vorgenommen worden ist. Es geht aus dieser Thatsache hervor, dass entweder ärztliche Hilfe meist hat beschafft werden können oder dass die Hebamme sich ungern an die Operation heranwagt. Ich habe Ursache anzunehmen, dass der letztere Grund mit dem ersteren in der Häufigkeit konkurrirt. Gelegentlich meiner Reisen zu den Hebammennachprüfungen habe ich mich auch bei den Herren Kollegen informirt und in der Hauptsache die gleichen Anschauungen gefunden, dass es zur Zeit nicht mehr nöthig sei, die Hebammen die Wendung zu lehren und ihnen die Ausübung derselben zu gestatten. Selbst auf der Röhn, dem Distrikte unserer Provinz Hessen-Nassau, wo man am ehesten noch eine Antwort im entgegengesetzten Sinne hätte erwarten können, fiel die Antwort des Herrn Kreisphysikus ebenfalls dahin aus, dass mit Verbesserung und Vermehrung der Kommunikationsverhältnisse ärztliche Hilfe überall hin schnell genug zu beschaffen sei.

Wie schon Herr Kollege Dohrn ausgeführt hat, und wie ich vollständig bestätigen kann, ist eine Verzögerung der Wendung bei Querlage bei Weitem nicht so gefährlich für die Mutter, wenn die Hebamme bis zur Ankunft des Arztes jeden Wendungsversuch unterlassen hatte. In vielen Fällen wird der Geburtsfall erst dadurch komplicirt, dass die Hebamme, weil sie die Lage nicht erkennt, die Blase sprengte und nun erst nach Vorfall der Nabelschnur und eines Armes zum Arzt schickt.

Wir lassen es uns, um solche Vorkommnisse zu verhüten, angelegen sein, die Hebammen in der äußeren Untersuchung auf das sorgfältigste auszubilden. Vom ersten Tage des Lehrkursus an beginnt die Unterweisung in der äußeren Untersuchung und wird bis zum letzten Monate durchgeführt. Durch die äußere Untersuchung wird die Hebamme in den Stand gesetzt, die Abwesenheit einer Längslage, das Vorhandensein einer Querlage zu erkennen und ist dies erst geschehen, so weiß sie im Voraus, dass die innere Untersuchung wahrscheinlich keinen weiteren Aufschluss giebt, sie weiß, dass sie dann die noch stehende Blase unter allen Umständen zu schonen hat. Hält sich die Hebamme in ihrer Praxis an diese Regel, so wird sie meist die Querlage so zeitig erkennen, dass ärztliche Hilfe herbeigerufen werden kann.

Der unglückliche Ausgang verzögerter Querlagen liegt aber nicht selten auch an der Vornahme des hinzugerufenen Arztes. Leider gilt es noch immer als Regel, selbst bei tiefgetretener Schulter und nachweislich abgestorbenem Kinde die Wendung auszuführen. Während unter solchen Verhältnissen die Embryotomie (Embryulcie ev. Dekapitation) die besten Resultate giebt, Operationen, die leichter auszuführen sind, als die Wendung, lässt eine große Zahl von Frauen ihr Leben in Folge der Ausführung der Wendung. Gern schiebt dann der Arzt die Schuld auf das zu späte Rufen der Hebamme; thatsächlich aber war Schuld am übeln Ausgange die falsche Operationsmethode.

Also die Wendung untersage man den Hebammen gänzlich. Für die wenigen Distrikte, wo thatsächlich ärztliche Hilfe vollständig mangelt (einige wenige Inseln) mag die Behörde durch Anstellung einer besonders unterrichteten Hebamme Sorge tragen, dass für diese seltenen Fälle eine Nothhilfe vorhanden sei.

Wie steht es weiter mit der künstlichen Lösung der Placenta? Soll den Hebammen unter Umständen gestattet sein, dieselbe auszuführen? Da für die Fälle, wo eine Lösung der Placenta nothwendig wird, die Lebensgefahr in die Augen fällt und auch der Laie leicht den kausalen Zusammenhang zwischen unterlassener Wegnahme der Placenta und Verblutung der Frau begreifen wird, so wird sich wohl ein erheblicher Theil der Ärzte dafür aussprechen, den Hebammen auch fernerhin die Lösung der Placenta zu gestatten. Und doch ist es fraglich, ob wir mit dieser Erlaubnis einen Segen oder einen Nachtheil für die Frauen schaffen; denn die Frage muss

so gestellt werden: Sterben mehr Frauen an ohne Grund ausgeführten Placentaroperationen oder an der Unterlassung derselben, wo nicht schnell genug ein Arzt hat beschafft werden können?

Mir ist es nicht fraglich, dass die Antwort im ersteren Sinne ausfallen muss. Erlauben wir den Hebammen, die Placenta aus den inneren Geburtstheilen herauszunehmen, so machen die Hebammen einen unnöthigen Gebrauch von dieser Erlaubnis und eine große Zahl von Frauen fällt diesen Manipulationen zum Opfer. Verbieten wir die Herausnahme der Placenta, so würden einige Frauen an Verblutung sterben, aber bei Weitem nicht so viele, als wenn der Eingriff den Hebammen gestattet wäre.

Die Zahl der letzteren wird sich um so mehr verkleinern, je mehr die abwartende Methode während der dritten Geburtsperiode sich unter den Hebammen einbürgert, je mehr sie ihnen geläufig wird. Nach meinen Erfahrungen knüpfen sich Placentaretentionen mit Blutungen nur sehr selten an normale Geburten an. Man beobachtet sie besonders im Anschluss an Fälle von Placenta praevia, an Geburten in Beckenendlage, an Geburten, bei denen innere Operationsverfahren nothwendig wurden und nach normalen Geburten nur dann, wenn ungeschickte Versuche mit Credé's Verfahren oder gar Versuche, durch Zug am Nabelstrange die Placenta zu beseitigen, gemacht worden waren.

Es sind dies also Geburtsfälle, bei denen entweder schon so wie so ein Arzt zugegen sein müsste oder bei denen die Nachgeburtsperiode nicht in richtiger Weise geleitet war.

Nach den Erfahrungen an unserer Klinik, die sich jetzt auf 2000 Geburtsfälle stützen, macht sich die manuelle Lösung der Placenta in ca. 4 von 1000 Geburtsfällen nothwendig, sobald die abwartende Methode konsequent durchgeführt wird.

So kann man sich schließlich mit gutem Gewissen dahin aussprechen: Auch die Lösung der Placenta ist den Hebammen zu untersagen.

II. Die intra-uterinen Ätzungen bei Endometritis.

Von

Dr. Wilh. Schrader, Hamburg.

In der Behandlung der Gebärmutterkatarrhe spielen die intrauterinen Ätzungen, sowohl allein als auch im Anschluss an Ausschabungen angewandt, eine wichtige Rolle. Doch scheint es mir, als ob sie ihre große Beliebtheit in der ersteren Anwendungsweise zu einem nicht unwesentlichen Theile ihrer einfachen Ausführbarkeit und leichten Verwendbarkeit für die Sprechstundenpraxis verdanken.

Dem aufmerksamen Beobachter wird es nämlich nicht entgehen, dass trotz aller Vorsichtsmaßregeln üble Folgeerscheinungen, wie Para- und Perimetritiden, — wenn auch glücklicherweise zumeist nur ganz geringen Grades — leider nicht zu den Seltenheiten gehören.

Dergleichen habe ich nicht nur an den Kranken, bei denen ich selbst die Injektionen vorgenommen, beobachtet, sondern des öftern auch, namentlich während einer badeärztlichen Thätigkeit, an zahlreichen Fällen vieler anderen Gynäkologen, wo sich die para- und perimetritischen Processe anamnestisch mit Sicherheit auf eine derartige lokale Behandlung zurückführen ließen. Diese Kranken, die ursprünglich nur an den Erscheinungen einfacher Endometritis (Fluor, Menorrhagien) gelitten, hatten erst seit der oder den intra-uterinen Ätzungen mit mehr oder weniger starken Dysmenorrhoen oder sonstigen Unterleibsbeschwerden zu kämpfen, als deren Ursache peri- und parametritische Affektionen nachzuweisen waren. In einigen dieser Fälle hatte sogar wochenlanges Krankenlager stattgefunden und waren beträchtliche Exsudate zurückgeblieben.

Aus dem Umstande also, dass ich üble Folgeerscheinungen nicht nur bei meinen Kranken nachweisen konnte, möchte ich den Schluss ziehen, dass dergleichen nicht etwa einer mangelhaften Technik meinerseits, sondern dem Verfahren überhaupt zur Last fällt, indem dasselbe trotz aller bis jetzt empfohlenen Kautelen durchaus nicht so harmlos ist, wie einzelne Autoren es glauben machen.

Bezüglich der üblen Nebenwirkungen, welche nach intrauterinen Ätzungen sich einstellen können, ist u. A. als ursächlich bekannt, dass die Gefahr desto größer, je härter die Ätzschorfe sind, weil diese alsdann desto länger in utero verweilen. Ein längeres Verweilen der Schorfe daselbst bildet aber auch eine länger bestehende Gefahr, weil dieselben bekanntlich mit der Zeit eine üble (infektiöse) Beschaffenheit annehmen können, indem die antiseptische Eigenschaft der Ätzmittel durch die Verbindung mit den Albuminaten des Blutes und der Gewebe neutralisirt wird. Andererseits giebt es keine Ätzmittel, die ohne mehr oder weniger energisch zu koaguliren auch genügend therapeutisch wirken, selbst verdünnte Tinct. Jodi ist nicht ganz indifferent.

Wodurch nun die Anwesenheit von Ätzschorfen, besonders von harten, zu Para- und Perimetritiden führen kann, dürfte wohl so zu erklären sein:

Wenn nämlich die physiologischen Kontraktionen des Uterus nicht genügen, die unterdess etwa eitrig oder gar jauchig gewordenen Ätzschorfe herauszubefördern, so tritt eine stärkere Wehenthätigkeit (zuweilen kolikartig) ein, welche nun m. E. die Hauptursache für die Resorption des Inhalts abgiebt, denn ohne Wehenthätigkeit ruhender Lymphstrom und keine Resorption und umgekehrt, je größer die Thätigkeit dieses Hohlmuskels, desto leichter findet Resorption statt. Für eine derartige Erklärung, dass der Uterus eher bei starker als bei schwacher Wehenthätigkeit resorbirt, spricht einmal die von den Chirurgen schon längst therapeutisch mit Erfolg berücksichtigte physiologische Thatsache, dass ein thätiger Muskel mehr resorbirt als ein ruhender bezw. durch Verbände fixir-

ter, so wie z. A. die klinische Erfahrung, dass an die einige Tage nach der Ätzung auftretenden Uteruskoliken sich in der Regel hohes Fieber mit oder ohne Entzündungen im Peri- und Parametrium anschließt.

So erklärt sich auch die größere Gefährlichkeit der Ätzungen mit Eisenchlorid leicht dahin, dass dieses die härtesten Ätzborken liefert, welche zu ihrer Ausstoßung wiederum auch stärkerer Wehen benöthigen als andere Ätzschorfe.

Ferner gelten alle den Ausfluss des Uterusinhaltes erschwerenden Umstände, Flexionen, Enge der Orificia uteri, erfahrungsgemäß als Kontraindikationen, m. E. nur desshalb, weil sie ebenfalls eine stärkere Wehenthätigkeit bedingen und damit die Veranlassung zu Resorptionen eines inzwischen etwa infektiös gewordenen Inhaltes abgeben können. Denn eine Dilatation dieser Verengerungen und Korrektur der Flexionen ist wohl im Stande, eine gleich nach der Injektion entstehende Uteruskolik zu verhüten, bietet aber keine Bürgschaft für die nächsten Tage, da die Orificia ut. bald wieder die frühere Enge erlangen und der Uterus leicht seine alte Flexion annimmt, wodurch für die Ausstoßung der Ätzschorfe Hindernisse entstehen, die durch Veranlassung einer stärkeren Wehenthätigkeit schädlich wirken.

In Folge dieser Erwägungen wende ich die intra-uterinen Ätzungen allein schon seit mehreren Jahren nicht mehr an, sondern greife statt derselben lieber zu dem m. E. viel weniger schädlichen Curettement. Recidiviren aber die Schleimhautwucherungen trotz ein- oder mehrmaligen Curettirens, so ätze ich die Uterushöhle im Anschluss an eine erneute Auskratzung und entferne die Ätzschorfe durch sofortige sorgfältige Auslöffelung; wo es mir nöthig erscheint, wiederhole ich diese Ätzung mit nachfolgender Auslöffelung der Schorfe in einer Sitzung mehrmals. In der Praxis Pauperum habe ich dieses Verfahren in zahlreichen Fällen auch in der Sprechstunde gemacht und habe nie üble Folgen gesehen, obwohl ich glaube, dass sehr oft wohl die empfohlene mehrtägige Bettruhe zu Haus nicht innegehalten worden ist.

Ätzt man nur die Cervicalhöhle, so dringt von der Ätzflüssigkeit etwas leicht einmal auch in das Cavum ut. und wird alsdann bei der Auslöffelung der Cervix nicht mit entfernt. Der in der Gebärmutterhöhle zurückbleibende Schorf kann nun in oben ausgeführter Weise zu Kolik und Fieber führen, wie ich dies in einem Falle beobachten konnte. Seit demselben schütze ich die Gebärmutterhöhle vor dem Eindringen von Ätzflüssigkeit durch Vorlegen eines Wattepfropfens vor den inneren Muttermund oder ich löffele sie der Sicherheit halber mit aus.

Bezüglich der Technik möchte ich noch erwähnen, dass ich als Ätzmittel meist koncentrirte Karbolsäure, seltener Tinct. Jodi gebrauche, niemals Liq. ferr. sesqu. Als Ätzmittelträger verwende ich Gänsefedern, welche ich in der Weise herrichte, dass ich die zu

weiche Spitze etwas kürze und den meist zu breiten Bart auch klein wenig stutze. Der mit der Ätzflüssigkeit durch Eintauchen mäßig getränkte Bart wird ohne zu drehen gleich so eingeführt, dass er flach in die Gebärmutterhöhle zu liegen kommt. Nach einigen Minuten wird die Feder mehrmals umgedreht und herausgezogen.

Die Gänsefedern, welche wohl vor mir auch schon als Ätzmittelträger Anwendung gefunden haben dürften, scheinen mir, abgesehen von ihrer leichten Beschaffbarkeit, folgende Vortheile zu haben:

1) vor der leicht undicht werdenden Braun'schen Spritze, dass nie zu viel hineingebracht werden kann,

2) vor der mit Watte umwickelten Playfair'schen Sonde, dass der in utero sich wieder aus einander spreizende Federbart besser die gesammte Uterinschleimhaut berührt bezw. ätzt.

Zu der nachfolgenden Auslöffelung der Ätzschorfe scheint mir die Martin'sche Stahlcurette vor allen derartigen Instrumenten am geschicktesten zu sein.

---

1) E. Fränkel. Zur Ätiologie der Peritonitis. (Aus dem allgemeinen Krankenhause zu Hamburg.)

(Autoreferat über einen am 10. December 1889 in der geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg gehaltenen Vortrag.)

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 2.)

Die Untersuchungen von 15 Fällen exsudativer eitriger Peritonitis ergaben folgende Resultate: In allen Fällen von eitriger Peritonitis sind Spaltpilze nachweisbar. Am häufigsten (10mal) fanden sich Kettenkokken; von diesen handelt es sich 9mal um ein und dieselbe Streptokokkenart und 2mal wurden andere, sowohl von diesen als auch unter einander verschiedene Streptokokkenspecies nachgewiesen. Ausschließlich Streptokokken wurden nur in 2 Fällen konstatirt.

Verf. hat eine summarische Übersicht in seinem Autoreferat über die untersuchten 15 Fälle mit Einschluss der bei denselben vorgefundenen Mikroorganismenarten beigelegt, aus welcher sich ergiebt, dass ganz unabhängig von der klinischen resp. anatomischen Ätiologie in allen Fällen, mit Ausnahme eines einzigen, ein als Entzündungserreger bekannter Mikroorganismus angetroffen wurde, und dass die bei Weitem wesentlichste Rolle in dieser Beziehung ein bestimmter Streptococcus zu spielen scheint.

Der Vortr. kommt dann auf die Vorgänge zu sprechen, die sich wahrscheinlich nach der Infektion des Peritoneums durch einen entzündungserregenden Mikroorganismus in der Bauchhöhle abspielen. Verläuft nämlich dieser durch den Entzündungserreger hervorgerufene Process rapide, dann sind es specifische Entzündungserreger, speciell der Streptococcus, welche das Terrain beherrschen und den Exitus herbeiführen. Hier findet man dann Reinkulturen von Streptokokken. Dauert aber das Leben länger an, so wandern andere Bakterien,

wahrscheinlich aus dem Darm stammende Spaltpilze, in das Peritoneum über und bringen durch die von ihnen erzeugten Stoffwechselprodukte die Streptokokken entweder zum Absterben oder beeinträchtigen sie so in ihrer Weiterentwicklung, dass es bei der bakteriologischen Untersuchung der in den Exsudaten enthaltenen Streptokokken der günstigsten Ernährungsbedingungen bedarf, um sie außerhalb des Körpers auf künstlichem Nährboden zum Wachsthum zu bringen. — Dem Vortr. ist es, seit er Glycerin-Agar verwendet und ausschließlich bei Bruttemperatur kultivirt, stets gelungen, Streptokokken, die in den Exsudaten vorhanden waren, auch auf dem Nährboden zur Entwicklung zu bringen und glaubt desshalb, dass auf der Nichtbefolgung dieses Vorgehens jedenfalls die Misserfolge der anderen Beobachter hinsichtlich der Streptokokken beruhen, wesshalb auch die negativen Angaben nach dieser Richtung hin mit Vorsicht aufzunehmen. Eben desshalb ist man darum, weil der Nachweis von entzündungserregenden Mikrokokken in peritonealen Exsudaten nicht möglich, nicht zum Schluss berechtigt, dass solche auch nicht und zu keiner Zeit vorhanden waren.

Den am häufigsten (9mal) angetroffenen Streptococcus hält der Vortr., da es ihm geglückt ist, mit demselben am Kaninchenohr typisches Erysipel zu erzeugen, so wie in Folge von Resultaten noch anderer hier einschlägiger Experimente für identisch mit dem Streptoc. erysipel.

Die sonst noch vorgefundenen Bacillenarten haben die Eigenschaft, Eiweißkörper zu zersetzen, viele derselben produciren auch toxische Substanzen, welche auch nach dem Abtödten der Bakterien durch Kochen noch sehr virulent auf den thierischen Organismus einwirken, während gekochte Streptokokkenkulturen auch in großen Mengen schadlos vertragen wurden. Diese Eigenschaften kommen jedenfalls auch beim Menschen zur Geltung.

Auf Grund dieser seiner Beobachtungen und Befunde differirt desshalb der Vortr. mit Bumm, welcher eine principielle Unterscheidung der eitrigen Peritonitis in eine septische und putride Form aufgestellt hat.

Außer diesen interessanten Experimenten hat dann der Vortr. noch solche mit chemischen Agentien, welche Peritonitiden hervorrufen, gemacht und zwar mit Liquor ferri und Tinct. jod. Die erzeugten Peritonitiden waren zunächst serofibrinöse und ihr Exsudat bakterienfrei. Da, wo die Thiere etwas länger am Leben blieben, kam es unter gleichzeitigem Auftreten von Gestank zu einer Bakterieninvasion aus dem Darm. Diese Invasion trat nicht nur bei der Anwendung von Liquor ferri, der Gangrän des Darmes bedingte, auf, sondern auch bei der weniger schweren Schädigung der Darmwand durch Tinct. Jod.

Zum Schluss folgt Besprechung der Prophylaxe der Peritonitis mit Rücksicht auf die Entstehung bei Laparotomien und im Wochenbett, der Gefährlichkeit des Erysipels bei Wöchnerinnen, woran vom

Vortr. der Wunsch geschlossen wird, es möge gelingen, durch eine operative Behandlung der mit Bildung eitriger Exsudate einhergehenden Fälle die hohe Mortalität dieser alljährlich eine nicht geringe Zahl von Opfern fordernden Affektion herabzusetzen.

Rudolf Müller (München).

---

2) Lawson Tait. Ektopische Schwangerschaft.

(Prov. med. journ. 1889. November 1. p. 645.)

Die Bezeichnung ektopisch ist dem alten Namen extra-uterine Schwangerschaft vorzuziehen, weil die sogenannte interstitielle Form, so wie die in einem Uterushorn auftretende nicht in strengem Sinne extra-uterin sind. T. ist der Ansicht, dass die Befruchtung des Eies der Regel nach im Uterus stattfindet und dass sie nur dann in den höher gelegenen Theilen der Genitalien eintreten kann, wenn das normale Flimmerepithelium der Tuben zerstört ist. Dies Flimmerepithelium hat nicht nur die Aufgabe, das Ei in den Uterus herabzubefördern, sondern auch die, den Spermatozoen den Eintritt in die Tuben unmöglich zu machen. Also nur, wenn durch irgend einen vorausgegangenen Krankheitsvorgang die Epithelschicht zerstört ist, können Samenfäden in die Tuben gelangen und dort ein Ei befruchten. Da die Schleimhaut dann hier der des Uterus völlig gleich geworden ist, kann dann auch die Einlagerung des befruchteten Eies erfolgen. In vielen Fällen sind Zeichen vorhanden, dass eine desquamative Salpingitis vorher bestanden hat. Oft erscheint wenigstens der Umstand verdächtig, dass die Frau früher steril war oder, wenn sie schon geboren hatte, doch wenigstens seit der letzten Geburt eine lange Zeit verstrichen war — kurz, es war offenbar etwas nicht in Ordnung.

Dass eine wirkliche Eierstockschwangerschaft vorkäme, will T. leugnen, doch hält er es für unwichtig in praktischer Beziehung. Der Verlauf und die Gefahr einer solchen wird sich nicht wesentlich von der der Eileiterschwangerschaft unterscheiden.

Die Schwangerschaft nun kann in allen drei Abschnitten des Eileiters eintreten: im interstitiellen, im mittleren und im Infundibulum. Die interstitielle Form ist selten, T. hat selbst nur 1 Fall der Art gesehen und kennt in England nur 6 sichere Fälle. Der Verlauf ist stets tödlich, erst wenn die Ruptur eintritt, erfährt man etwas davon, sie kann bis zum 6. Monat hinausgeschoben werden und pflegt nicht vor dem 4. Monat stattzufinden. Der Blutreichthum der Theile ist dann schon so groß, dass nur Minuten bis zum Tode verstreichen, auch pflegt der Riss sehr groß, 10—12 cm lang, zu sein. Das einzige denkbare Mittel, um das Leben zu erhalten, wäre die Hysterektomie und die Aussichten für eine solche würden schon durch die Zeit, welche zur Stellung der Diagnose nöthig ist, schwinden, selbst wenn der Operateur unmittelbar zur Stelle wäre. Fast noch seltener ist die Entwicklung am Infundibulum, im Hunter'schen

Museum sind 3 Präparate, T. kennt nur 2 sichere Fälle der Art, e sind also eigentlich nur Kuriositäten.

Was nun den mittleren Theil des Eileiters betrifft, so ist de Bauchfellüberzug desselben von hoher Bedeutung. Die Ausdehnungsfähigkeit des Eileiters ist sehr begrenzt, denn wenn auch Beaseley behauptet hat, dass er eine sackförmige Ausdehnung bis zu 30 Pfund Inhalt gesehen habe, so hat T. nur solche bis etwa zu 400 g beobachtet. Zu dem kommt, dass die Bildung des schwammigen Gewebes der Placenta die Nachgiebigkeit der Wände einschränkt, etwa um die 8. Woche beginnt diese Bildung des Kuchens der Placenta, welche bis dahin nur ein zottiges Gewebslager darstellte. Hiermit fällt stets die Ruptur zusammen, welche nicht später als in der 12. Woche einzutreten pflegt. Je nach dem Sitz der Placenta findet man dann die Ruptur in die freie Bauchhöhle oder zwischen die Lagen des breiten Mutterbandes statt und dies wird nun einen ganz wesentlichen Unterschied für den ferneren Verlauf ausmachen. Denn während im ersten Fall die Blutung andauern wird, wird sie im zweiten Fall im Gegentheil weit eher aufhören. Es werden daher hier viel günstigere Bedingungen bestehen, während im ersten Fall der Tod meist schon eingetreten sein wird, ehe der Arzt am Krankenbett erscheint.

Was nun die Diagnose betrifft, so sind diese beiden Arten der Ruptur und Blutung leicht zu unterscheiden. Denn während bei der Blutung in die freie Bauchhöhle nur ein unbestimmtes Gefühl von Fluktuation und im Douglas'schen Raum eine weiche Schwellung zu finden ist, haben wir bei der intraligamentösen Blutung eine umschriebene rundliche Geschwulst im Becken, welche oft bis zum Nabel reicht und deutlich fluktuirt. Das Scheidengewölbe und das ganze Beckenzellgewebe ist brettartig hart; in schwereren Fällen wird durch den Druck der extravasirten Blutmassen eine Mastdarmstriktur bedingt, welche Monate zur Heilung braucht. Ziehen wir dabei noch die allgemeinen Zeichen eingetretener Schwangerschaft in Betracht, so wie die oft vorhandenen unregelmäßigen, nicht selten heftigen Metrorrhagien, so werden wir die Diagnose zu stellen vermögen. Zu bemerken ist noch, dass eine etwa noch später eintretende Ruptur der Hämatocele natürlich dieselben Erscheinungen machen wird, als wäre die Blutung gleich von vorn herein in die Bauchhöhle erfolgt; T. hat solchen Fall übrigens noch nicht gesehen. Doch würde er ausnahmsweise einschreiten, wenn er eine solche nachträgliche Ruptur für bevorstehend hielte, statt sich ganz abwartend zu verhalten, wie er sonst in allen Fällen der Hämatocele thut. Denn wenn man punktirt, hört der blutstillende Druck auf und der Sack füllt sich von Neuem.

Zuweilen, etwa in 1 von 10 Fällen, ist die Blutung geringer, wird rasch aufgesogen, der Fötus entwickelt sich bis zum 4. oder 5. Monat weiter und stirbt dann erst ab, wird dann gleichfalls aufgesogen oder geht in Eiterung über. Dann pflegt dieser intraliga-

mentöse Abscess in die Blase, häufiger in den Mastdarm durchzubrechen, wobei sich Fötusknochen entleeren, gerade so, wie es auch andere Abscesse thun, welche sich in den breiten Mutterbändern entwickeln. Endlich kann der Fötus auch bis zu voller Entwicklung gelangen, wobei das Peritoneum ganz außerordentlich ausgedehnt wird. T. zeigt die Zeichnung eines gefrorenen Präparates vor, in welchem das ganze Peritoneum von der vorderen Uteruswand und der hinteren Blasenwand abgehoben und bis halbwegs zwischen Nabel und Schamgegend emporgedrängt ist. Solche extra-uterine Schwangerschaften sind also als extraperitoneal zu bezeichnen. In solchem Fall müssen wir offenbar operiren und ein lebendes Kind zu entwickeln versuchen, statt es durch Morphium oder Elektricität zu tödten. Dies erscheint T. um so richtiger, als ein so gerettetes Kind voraussichtlich das einzige wäre, welches die Frau haben würde. Solche Kinder brauchen durchaus nicht mangelhaft entwickelt zu sein, T. kann 3 sich gut entwickelnde aufweisen. Dagegen will T. die Anwendung der Elektricität gutheißen, wenn man eine Tubenschwangerschaft vor der Ruptur vor sich hat, allein er glaubt nur, dass dies selten vorkommen dürfte, er hat es noch nicht erlebt. Er ist vielmehr stets herbeigerufen worden, wenn die Blutung erfolgt und die Frau aufs höchste collabirt ist. Ist die Blutung dann intraperitoneal, dann wird die elektrische Nadel sie nicht zum Stehen bringen, ist sie aber intraligamentös, so ist überhaupt kein Eingriff nöthig. Ist aber die Frau ohne Eingriff offenbar dem Tode geweiht, so muss nach einfachen chirurgischen Grundsätzen verfahren, d. h. der blutende Punkt schleunigst aufgesucht und unterbunden werden.

Lühe (Demmin).

---

3) **Rosenblath** (Marburg). Übergang der Milzbrandbacillen auf den Fötus.

(Virchow's Archiv Bd. CXV.)

Verf. konstatirte den durchaus nicht regelmäßigen Übergang der Milzbrandbacillen vom Mutterthier auf den Fötus bei Meerschweinen. Er glaubt, dass dieser Übergang nicht in den physiologischen Verhältnissen gesucht werden könne, sondern dass durch Blutungen in der Placenta fötale Gefäße eröffnet werden, so dass nunmehr die Bacillen hineingelangen können. Derartige Hämorrhagien hat man sich nicht etwa als große Blutungen zu denken, es kann sich um ganz kleine Blutungen handeln, die der Untersuchende nicht immer sieht.

Fritsch (Breslau).

Kasuistik.

4) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

151. Sitzung am 7. Januar 1890.

Vorsitzender: Herr Leopold; Schriftführer: Herr Münchmeyer.

Herr Klotz spricht über die Gefahr der Blutungen in den Uterus hinein bei fester Scheidentamponade und führt zwei seltenere Fälle an.

Der eine Fall betrifft eine gesunde 36jährige Frau, die 8mal geboren und 3mal abortirt hat. Dieselbe war 13 Wochen schwanger, blutete seit 4 Wochen; eine seit einer Stunde aufgetretene starke Blutung wurde bei noch geschlossenem Muttermund durch Tamponade gestillt. Am anderen Morgen war, ohne dass die geringste Blutung nach außen erfolgt wäre, die Kranke kollabirt, und der Uterus hatte die Größe eines 8monatlichen schwangeren. Das sofortige Ausräumen des Uterus förderte Unmassen von Gerinnseln und die links unten sitzende Placenta mit einer, vor ungefähr 3 Tagen abgestorbenen Frucht zu Tage, vermochte aber nicht den Tod aufzuhalten, der im Lauf der nächsten Stunde eintrat. Die gesunde Frau hatte sich also in den 13 Wochen schwangeren Uterus hinein verblutet.

Der zweite Fall betrifft eine 54jährige, seit 4 Jahren an fortwährenden Blutungen leidende Frau. Während einer fünfstündigen Fahrt blutete dieselbe aus einem mannskopfgroßen Myom, das den Eindruck eines Cystomyoms machte, sehr stark und wurde Vormittag 11 Uhr tamponirt; für den folgenden Morgen wurde die Laparotomie angesetzt. In der Nacht war die Kranke ohne jede äußere Blutung kollabirt, der Uterus stand bis zum Rippenrand. Schleunige Entfernung der Tampons, Ausräumung von mindestens 2 Liter Blutgerinnsel, heiße Injektionen etc. brachten die Blutung zum Stehen, die Herzthätigkeit fand sich allmählich wieder. Wenn die Blutung noch eine Stunde länger gedauert hätte, wäre die Kranke sicher zu Grunde gegangen. Das vorgezeigte Präparat hat die größte Ähnlichkeit mit einem Kaiserschnittuterus, in dem die Placenta links oben sitzt. Das zweifaustgroße Myom sitzt, zu $^2/_3$ in die Höhle hineinragend, in einem Utero-sack, dessen Wände zwei Centimeter dick sind.

Weiter spricht Herr Klotz über den Grund und die Behandlung des Ileus bei Laparotomien und Totalexstirpationen des Uterus. Von 11 Todesfällen bei 344 Laparotomien vorlor er vier an Ileus, von 3 Todesfällen bei 112 Totalexstirpationen verlor er einen an Ileus und beobachtete überhaupt 27 Ileusfälle nach diesen Operationen. Seit einem Jahre sind die Ileusfälle weniger geworden, was Herr Klotz der sofortigen Anregung der Darmbewegung zuschreiben möchte. Allerdings muss er zugeben, dass auch seit derselben Zeit das Bauchfell nicht mehr mit Schwämmen und antiseptischen Mitteln gereizt wird. Nachtheile hat er von dem sofortigen Anregen der Darmbewegung nicht gesehen. Sehr zu empfehlen seien bei Ileus ergiebige Lufteinpumpungen in den Mastdarm.

Diskussion: Auf eine Anfrage des Herrn Leopold, ob sich unter den Laparotomien nicht auch zahlreiche Carcinome gefunden hätten, und wie bei diesen das Resultat gewesen sei, bemerkt Herr Klotz, dass er nur 2 derartige Fälle operirt habe, und, auf eine weitere Anfrage, dass er zur Tamponade ein röhrenförmiges Speculum verwende, bis zum vollständigen Stehen der Blutung warte und dann tamponire.

Herr Leopold hat einen ähnlichen Fall von Verblutungstod bei Myom des Uterus gesehen und glaubt, dass man nur bei submucösen und interstitiellen Myomen dieser Gefahr begegne.

Herr Münchmeyer glaubt in dem in jedem Falle von Laparotomie vorgenommenen frühen Einlaufe eine Gefahr erblicken zu müssen, da doch leicht erwünschte Adhäsionen wieder gesprengt werden können.

Herr Klotz hat bisher keine Nachtheile gesehen.

Herr Leopold hat verhältnismäßig wenig Ileusfälle beobachtet; als Entstehungsursache glaubt er hauptsächlich vieles Herumarbeiten an den Därmen und starke Antiseptica ansehen zu müssen; auch die kleinste Infektion, die nicht zu einer allgemeinen führt, könne Verwachsungen und Ileus hervorrufen.

Herr Klotz hat nach Einführung des sterilisirten Wassers und der sterilisirten Gaze in die Operationstechnik auch weniger Ileusfälle beobachtet, wie früher.

5) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe zu New York.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. Sept., Nov., Dec. 1890. Jan.)

Sitzung am 19. März.

Boldt zeigt Küstner's Blasendilatator vor; Hanks ein kombinirtes intra-uterin und Retroversionspessarium. Über letzteres entsteht eine rege Debatte über seinen Nutzen resp. Schaden und über die Nachbehandlung der Discission des Cervix.

Polk zeigt eine Ligatur vor, welche bei einer Hysterorrhaphie um das runde Mutterband gelegt war und nach 4 Monaten durch die Bauchdecken ausgestoßen wurde. Es knüpft sich an die Mittheilung eine Diskussion über die beste Methode der Operation.

Skene spricht über einen Fall von Kystofibrom der Gebärmutter. Derselbe wurde für ein Kystom des Eierstockes angesehen. Die Behandlung des Stieles war extraperitoneal mittels Klammer. Letztere schnitt nach zwölf Stunden durch, und der Stiel war in der Bauchhöhle verschwunden, die Bauchwunde hatte sich geschlossen, ohne dass eine Blutung eintrat. S. ergeht sich weitläufig über die Entstehung der großen Cyste in der Geschwulst, welche nahezu die Hälfte des Umfanges derselben (dieselbe hatte die Größe des schwangeren Uterus im achten Monat) einnimmt. Er stellt es als wahrscheinlich hin, dass dieselbe durch Umbildung eines oder mehrerer Gefäße entstanden sei.

Eine Diskussion über die Vorzüge der intra- oder extraperitonealen Methode mit zahlreicher Kasuistik, an welcher sich viele Mitglieder betheiligen, schließt sich an. Wylie, Polk, Mundé sprechen sich für die Klammer, Dudley für die intraperitoneale Methode aus.

Sitzung am 2. April.

Janvrin berichtet über einen Fall von vaginaler Hysterektomie wegen Epitheliom des Cervix; Dudley über einen Fall von Beckeneiterung mit Fistel im Rectum, welchen er in der Weise operirte, dass er die Eiterhöhle ausschabte und die Öffnung im Mastdarm schloss, indem er die Flexura sigmoidea an die hintere Wand des Uterus annähte. Wylie, Polk sprechen sich gegen dieses Verfahren als gefährlich aus. Drainage nach der Scheide sei der sicherere Weg.

Wylie spricht über einen interessanten Fall von Extra-uterin-Schwangerschaft. Laparotomie wegen innerer Blutung. Hochgradige Blutlosigkeit, rapider Puls, Temperatursteigerung vor der Operation. Die ganze Bauchhöhle mit Blutgerinnsel angefüllt. Letztere schienen von zeitlich verschiedenen Blutungen zu stammen, denn sie waren sehr verschieden in ihrem Aussehen. Die Cyste war mit dem Becken verwachsen, es gelang die ganze Masse mit Einschluss der Placenta, welche sich an das breite Mutterband anheftete, so dass letzteres über dieselbe umgeschlagen war, loszulösen, wobei der Fötus herausschlüpfte. Die Kranke war beim Ende der Operation vollkommen pulslos und scheinbar moribund. Nach Einführen großer Mengen Wasser von 40° in die Bauchhöhle erholte sie sich rasch.

Garrigues beschreibt sehr eingehend eine Missgeburt, einen Acephalus globulus (Gurlt), welche in der Sitzung vom 18. December 1888 von Boldt der Gesellschaft vorgelegt worden war.

Sitzung am 16. April.

Zahlreiche Präparate werden vorgelegt und demonstrirt, unter anderen von Murray eine Dermoidcyste des Eierstockes, welche Schwangerschaft komplicirte. Auf Wunsch der Kranken sollte letztere unberührt bleiben bis künstliche Frühgeburt mit Aussicht auf Erfolg eingeleitet werden konnte. Dies geschah, doch gelang es nicht das Kind lebend zu entwickeln.

Talbot spricht über Sterilität und Dysmenorrhoe als Folge von Flexionen und deren Behandlung. Er empfiehlt nach Beseitigung aller entzündlichen Erscheinungen Dilatation des Cervikalkanales.

McLean berichtet über zwei Fälle von Extra-uterin-Schwangerschaft.

Cleveland über einen Fall von Inversio uteri, verursacht durch leichten Zug an der Nabelschnur. In der Diskussion spricht nur Grandin, dem sich van Ramdohr anschließt, gegen den Zug an der Nabelschnur, während die Mehrzahl der Mitglieder denselben für erlaubt halten.

Sitzung am 7. Mai.

Boldt berichtet über nachstehenden interessanten Fall. Im März 1888 hatte er bei einer Frau, bei welcher Tuberkulose des Bauchfelles, eventuell eine maligne Erkrankung desselben vermuthet wurde, eine Explorativincision gemacht. Es fand sich Krebs des Netzes, eine Diagnose, welche von dem pathologischen Anatomen bestätigt wurde. Lange Zeit bestand eine Bauchfistel, dann bildete sich eine Geschwulst, die durch Laparotomie entfernt werden sollte. Ein Jahr nach der ersten Operation wurde die zweite ausgeführt. Die Geschwulst bestand aus Colloidmasse. Daneben, dicht neben der Wirbelsäule, fand sich eine zweite Cyste, die Eiter enthielt. Der rechte Eierstock war carcinomatös entartet, hatte die Größe von zwei Fäusten. Pat. starb 32 Tage nach der Operation an unstillbarem Erbrechen. Das Netz zeigte keine Spur irgend welcher Erkrankung. Janvrin spricht über einen Fall von Ovariencyste, bei welchem eine Cyste mit dem Rectum kommunicirte und Fäkalmassen enthielt. Ilcoett, Tuttle, Dennhard zeigen Präparate vor, Mundé, Abbott neue Instrumente.

Tuttle berichtet über 4 Fälle von Extra-uterin-Schwangerschaft. In dem ersten Falle war 16 Tage lang der faradische Strom angewandt worden ohne Erfolg. Bei der Operation fand sich eine Ruptur der linken Tube, deren innere Seite mit Chorionzotten ausgefüllt war, aber kein Fötus. Ähnlich verhielt es sich im zweiten und vierten Fall. Im dritten gelang es die faustgroße sehr dünne Tube intakt herauszubefördern, deren Fimbrien fest an dem vergrößerten Eierstock angewachsen waren. Es fand sich ein kleiner Embryo, welcher durch einen feinen Faden mit der Wand der Tube in Verbindung stand, die mit Chorionzotten ausgefüllt war. T. spricht sich energisch für primäre Operation aus, vorausgesetzt, dass dieselbe von erfahrener Hand gemacht werden kann.

Mundé spricht für Anwendung des faradischen, nicht des galvanischen Stromes, welchen letzteren er für gefährlich hält, vor Ablauf des dritten Monates.

Wylie hält sichere Diagnose zu dieser Zeit für unmöglich und stellt sich ganz auf den Standpunkt Tuttle's. In ähnlicher Weise spricht sich Boldt aus, während Grandin den Versuch mit Elektricität, die ungefährlich sei, empfiehlt. Letzterer führt an, dass in den letzten 2 oder 3 Monaten in New York 3 Fälle bekannt geworden seien, von tüchtigen Gynäkologen operirt, in welchen Laparotomie wegen ektopischer Schwangerschaft gemacht wurde und sich ein Fötus in utero neben einer erkrankten Tube fand. Man habe alle Veranlassung, recht vorsichtig zu sein. Janvrin, welcher einen dieser Fälle operirte, der unglücklich endete (er hatte nicht ektopische Schwangerschaft diagnosticirt, jedoch auch nicht uterine), ist der Ansicht, dass dieser Fall seine Meinung, betreffend Richtigkeit einer primären Operation, nicht erschüttert habe.

Sitzung am 21. Mai.

Coe berichtet über einen Fall von Epithelioma corporis, durch vaginale Hysterektomie entfernt. Boldt demonstrirt mehrere Präparate. Polk spricht über neue Methoden der Stielbehandlung bei Hysterektomie und über Behandlung der Endometritis durch Drainage. Er empfiehlt bei akuter Endometritis Drainage mittels Streifen von Jodoformgaze. **Engelmann** (Kreuznach).

---

6) **Ehrendorfer** (Innsbruck). Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 13.)

Ein kasuistischer Beitrag zu dem seltenen Vorkommen von Durchbruch des Fruchtsackes in die Harnblase mit Genesung: die 31jährige Pat. hat 2mal geboren. Im Frühjahr 1886 nach ca. 5monatlicher Menopause durch mehrere Stunden Wehenthätigkeit, ein paar Tage später Abgang von übelriechenden Fetzen und kleinen Knochen, angeblich aus der Scheide. Inkontinenz der Blase, wesshalb Pat. Hilfe bei Prof. Schauta suchte. Hinter dem vergrößerten, anteflektirten Uterus lag ein elastischer Körper, in dem feste Theile nachzuweisen waren. Schauta entfernte nach Erweiterung der Urethra 11 größere Knochen einer ca. 5monatlichen Frucht aus der Blase; ein größeres Knochenstück ragte aus einer nach hinten, unten gelegenen Öffnung in die Blase hinein und lies sich nicht entfernen.

Da Pat. kontinent wurde und sich sehr wohl befand, verließ sie nach 14 Tagen die Anstalt mit der Weisung sich wieder vorzustellen (siehe Thätigkeitsbericht der Innsbrucker Geburtshilflich-gynäkologischen Klinik, Prag 1888 p. 261). Erst im Mai 1888 kam die Frau wieder auf die Klinik mit der Angabe, dass das Wohlbefinden nach ihrem ersten Spitalaufenthalt nur einige Monate andauerte, dann aber starke Schmerzen auftraten; der Urin kann nur mehr kurze Zeit gehalten werden, Menstruation regelmäßig, keine Knochen sind mehr abgegangen. Nach Dilatation der Harnröhre fühlte E. in der Gegend der Basis des Trigonum Lieutaudii einen rauhen Körper aus einer für einen Finger passirbaren runden Öffnung in die Blase hineinragen, der durch vorsichtiges Lockern mit dem Finger und Ansiehen mittels Polypenzange in die Blase und von da durch die Urethra gezogen wurde. Der entfernte Theil erwies sich als mit Harnsalzen inkrustirter, fötaler Knochen vom Schädeldach, bis $3^1/_2$ cm breit. Die beschriebene runde Öffnung führt in ein über walnussgroßes Divertikel, aus welchem noch mehrere Knochen (7 größere Knochen und 5 Knochenbruchstücke) entfernt werden konnten. Weiterer Verlauf fieberlos, nach 8 Tagen kann Urin wieder bis zu 3 Stunden gehalten werden, einige Tage später verlässt Pat. vollkommen wohl die Anstalt. Für den Fall als die Entfernung der Knochen auf dem angegebenen Wege nicht gelungen wäre, würde E. den Scheidenschnitt vorschlagen, da durch den hohen Blasenschnitt sowohl, als insbesondere durch die Laparotomie das Leben mehr gefährdet werden soll. **Torggler** (Innsbruck).

7) K. Witthauer. Über Tetanus puerperalis im Anschluss an zwei beobachtete Fälle.

Inaug.-Diss., Jena, 1889.

Verf. berichtet nach ausführlicher Erledigung der einschlägigen Litteratur über 2 Fälle von Tetanus puerperalis, von denen der erste aus der Schultze'schen Klinik, der andere aus der Privatpraxis seines Vaters in Eisenach stammt. Im ersten Falle musste wegen Nachblutung ein Placentarrest manuell entfernt und energische Uterusmassage ausgeführt, schließlich der Damm genäht werden. Nach 8 Tagen traten die ersten tetanischen Erscheinungen ein, welche innerhalb dreier Tage zum Tode führten. Das Sektionsergebnis war, wie in allen solchen Fällen, unbefriedigend und nicht im Stande, die Schwere der Erscheinungen zu erklären.

Im zweiten Falle stellten sich am 5. Tage nach der normalen Entbindung unter Schüttelfrost septische Symptome (auch ein Puerperalgeschwür) ein, erst am 8. Tage zeigte sich Tetanus; welcher 3 Tage bestand, um dann allmählicher Genesung zu weichen.

Obwohl in der Einleitung die Ätiologie des Starrkrampfes genügend berücksichtigt wurde, verlautet bei Beschreibung der einzelnen Fälle leider nichts von bakteriologischen oder toxikologischen Untersuchungen. **F. Spaeth** (Hamburg).

8) Bruttan. Über die vom 15. April 1888 bis zum 15. April 1889 in der Frauenklinik zu Dorpat ausgeführten Ovariotomien.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1889. No. 35.)

Unter diesen von Prof. Küstner ausgeführten 9 Ovariotomien endete eine tödlich in Folge von Erschöpfung. (Carcinoma ovarii mit Metastasen in Leber, Pancreas und Duodenum, Wasserausschwitzung im Bauchraum). Die anderen Kranken verließen am 27. Tage gesund das Krankenhaus. Die Veranlassung zur Operation war 5mal Cyst. adenoma ovarii, 1mal Cystoma ovarii, 3mal Carcinoma ovarii. Ein Fall war mit Uterusfibrom komplicirt. 4mal fanden sich bedeutende Verwachsungen, 4mal Stieldrehungen; eine Kranke war schwanger.

Verf. wendet sich gegen die unter den Ärzten der Provinz verbreitete Ansicht, dass Eierstocksgeschwülste in den Ostseeprovinzen selten sind. Wenn in der Klinik zu Dorpat Ovariotomien nur selten ausgeübt werden, so ist der Grund lediglich darin zu suchen, dass die Kranken noch zu sehr die Operation fürchten und sich nur schwer und spät dazu entschließen. **Reimann** (Kiew).

9) **W. Bode jun. (Nauheim). Ein eingeklemmter Nabelbruch.**

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 42.)

Bei einer 62jährigen, 300 Pfd. schweren Pat., welche mit einem Nabelbruch behaftet war, traten bedrohliche Einklemmungserscheinungen auf. Sie hielten auch, nachdem die Reposition scheinbar gelungen, trotz Abführmitteln, Klystieren etc. an. B. verabreichte schließlich 210 g metallisches Quecksilber, gleichfalls ohne Erfolg. Denn erst wurde (von C. Roser) die Herniotomie ausgeführt, ein Theil des sehr fettreichen Netzes resecirt, das dem Colon transversum angehörige Darmstück reponirt. Schon 1/4 Stunde post operat. erfolgten reichliche Stühle. Die Wunde heilte p. p. i. Die Rekonvalescenz wurde aber durch eine schwere Bronchitis gestört. Das verabreichte Quecksilber wurde erst 14 Tage, nachdem es eingenommen, plötzlich entleert, ohne dass irgend welche Intoxikationserscheinungen zuvor aufgetreten wären. Mit Rücksicht hierauf und in jüngster Zeit von italienischen Ärzten berichtete günstige Erfolge räth B. den Merc. viv. bei geeigneten Fällen von Ileus zu versuchen. **Graefe** (Halle a/S.).

10) **Auvard (Paris). Heredität in der Geburtsdauer.**

(Arch. de tocol. 1888. September.)

A. glaubt, dass sich durch Sammeln von Beobachtungen und deren massenhaftere Zusammenstellung noch wohl zu verwerthende prognostische Anhaltspunkte erreichen lassen werden für die Frage nach der wahrscheinlichen Dauer einer Geburt — »von allen Momenten, die eine Störung im natürlichen Verlaufe erwarten lassen, streng abgesehen«. Bei einer Multipara sind da die vorhergegangenen Geburten unser einziger Anhaltspunkt, bei Primiparen sind Täuschungen an der Tagesordnung. A. führt 7 Beobachtungen an, wo in der That die Dauer der Geburten bei sämmtlichen Frauen der Familie überraschende Gleichheit zeigte — besonders durch Kürze oder Langwierigkeit vorstechend. Die Fälle wurden z. Th. gut ärztlich beobachtet, und wohl müsse unterschieden werden zwischen einer scheinbaren Geburtsdauer, und der wirklichen, d. h. zwischen dem Beginne der eigentlichen Wehenwirkung und dem Beginne der Schmerzempfindung. In einem Falle konnte A. beobachten, dass eine junge Frau völlig verschiedene Geburten hatte von denen ihrer Mutter; da sie aber eine frappante Ähnlichkeit im Körperbau mit ihrem Vater hatte, inquirirte er und es ergab sich, dass die Dauer der Geburten bei Enkelin und Großmutter väterlicherseits übereinstimmten — »alternirende Heredität«. **Zeiss** (Erfurt).

Nochmalige und letzte Erklärung zur sogenannten Erfindung des Herrn Dr. Quetsch.

Unsere in No. 8 aufgestellte Behauptung halten wir in allen Punkten aufrecht, und betrachten den Versuch des Herrn Quetsch, sich zu rechtfertigen, für völlig missglückt. Wir bedauern gezwungen zu sein, mit Herrn Dr. Quetsch öffentlich abbrechen zu müssen, weil derselbe als Mitglied in den ärztlichen Verein nicht aufgenommen ist, und somit der Jurisdiktion eines Vereins nicht untersteht.

Dr. **Blumenthal.** Dr. **Gerlach.**

Hiermit ist diese Angelegenheit in meinem Blatte abgeschlossen. **Fritsch.**

Berichtigung. No. 11 p. 189 Z. 7 v. o. lies: 5. Monat, statt: 4. Monat und p. 190 Z. 2 v. o. lies: 5monatliche, statt: 4monatliche.

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Herrlich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 16. **Sonnabend, den 19. April.** **1890.**

Inhalt: I. **Dohrn**, Ein Fall von Nierenexstirpation bei einem 3jährigen Kinde. — II. **Kaschkaroff**, Über einen glücklich ausgeführten Kaiserschnitt. — III. **Praeger**, Zur Ventrofixatio uteri. (Original-Mittheilungen.)

1) **Wilhelmi**, Bleichsucht und Aderlass. — 2) **Rydygier**, Myombehandlung. — 3) **Brennecke**, Wochenbettshygiene.

4) Gynäkologische Gesellschaft zu Berlin. — 5) **Mendes de Léon**, Laparotomien. — 6) **Stratz**, Laparotomie in Batavia. — 7) **Deis**, Mastitis. — 8) **Schabbel**, Merkurialbehandlung.

I. Ein Fall von Nierenexstirpation bei einem 3jährigen Kinde.

Von

Prof. **Dohrn.**

Exstirpationen der Niere bei Kindern gehören zu den seltenen Vorkommnissen, es mag daher der folgende von mir operirte Fall hier Mittheilung finden.

Anfang Februar d. J. brachte man mir ein 3jähriges Mädchen in die Klinik, bei welchem sich seit 10 Wochen eine Geschwulst in der rechten Bauchseite entwickelt hatte. Das Kind stammte aus gesunder Familie und war bis zu seiner jetzigen Erkrankung normal gediehen. Über Schmerzen hatte es nie geklagt, Appetit, Stuhlgang und Urinentleerung waren ungestört geblieben, Ödeme waren nicht bemerkt worden.

Der Ernährungszustand des Kindes bot außer sehr blasser Hautfarbe nichts Besonderes. Die Brustorgane waren völlig normal, der Urin enthielt geringe Mengen Eiweiß, zeigte aber unter dem Mikroskop keine Formelemente.

In der rechten Bauchseite fand sich eine kindskopfgroße Geschwulst, welche oben bis an den Rippensaum hinaufreichte, unten der Darmbeinschaufel auflag und mit der linken Kante die Mittellinie um 2 cm überragte. Nach hinten grenzte sich die Geschwulst durch einen fingerbreiten Streifen tympanitischen Schalls gegen die Wirbelsäule ab, unten ließ sie sich aus dem Becken so weit emporheben, dass ein Zusammenhang mit den Beckengenitalien als ausgeschlossen gelten konnte. Die Oberfläche fühlte sich wellig uneben an, vorn zog über dieselbe das verlöthete Colon ascendens in die Höhe. Die Bauchhaut ließ sich gut über die Geschwulst hin- und herschieben, dieselbe war von zahlreichen Venennetzen durchsetzt. Die Inguinaldrüsen waren nicht geschwellt.

Nach diesem Befund konnte es nicht zweifelhaft sein, dass eine rasch gewachsene Neubildung der rechten Niere vorlag und nur durch die Laparotomie war es möglich, das Kind vor dem sonst sicheren Tode zu retten. Ich entschloss mich zu derselben sofort, sobald die Diagnose festgestellt war.

Da die Geschwulst weit nach vorn vortrat, so wählte ich den Abdominalschnitt und führte, in der Nabelhöhe beginnend, einen 8 cm langen Hautschnitt vom äußeren Rande des M. rectus schräg nach unten gegen die Spina ant. sup. dextra. Nach Spaltung der Bauchwand trat der grauweiße, vom Peritoneum und Colon überdeckte Tumor zu Gesicht. In der Hoffnung, denselben aus seinen Bedeckungen hervorziehen zu können, ohne die Organe der Bauchhöhle näher zu betheiligen, nähte ich den Peritonealüberzug des Tumors an das Peritoneum der Hautwunde fest, bevor ich denselben spaltete. Im weiteren Verlauf der Operation gelang es freilich nicht völlig, diesen Abschluss der Bauchhöhle zu erhalten, da sich unter Brechbewegungen Därme zwischen die Suturen hineinschoben. Der Gewebszusammenhang der Geschwulst erwies sich als sehr locker, eingesetzte Museux'sche Zangen rissen an manchen Stellen in dem bröckeligen Gewebe aus, vom Colon ließ sich die Neubildung nur schwer abtrennen, nach hinten mussten in dem Geschwulstbett mehrere strangförmige Adhäsionen durchtrennt werden, Ureter und große Gefäße ließen sich in der Tiefe ohne große Schwierigkeit unterbinden, dem oberen Rande der Geschwulst saß gleich wie ein Helm ein Stück anscheinend gesunden Nierengewebes auf.

Nachdem das Geschwulstbett sorgfältig von Blut und herausgequollenen Tumormassen gereinigt war, wurde die Bauchwunde durch Seidenknopfnähte geschlossen und ein Jodoformgazeverband darüber gedeckt.

Die Heilung verlief ohne Fieber. In der 4. Woche nach der Operation wurde die Pat. entlassen; sie ist jetzt, über 2 Monate nach der Operation, noch völlig gesund.

Die Untersuchung der exstirpirten Geschwulst, welche Herr Prof. Nauwerck gütigst unternahm, ergab folgenden Befund:

Der Tumor hat nahezu kugelige Gestalt, ist 12 cm lang, 10 breit, seine Oberfläche ist zum Theil glatt, an anderen Stellen treten walnussgroße Höcker hervor. An dem einen Ende des Tumors sitzt ein 6 cm langes Stück der Niere auf, welches 6 Papillen umfasst, dann folgt scharf sich abgrenzend die Neubildung, über welche sich die Nierenkapsel hinüberzieht. Dicht unter der Kapsel in unmittelbarer Nähe des erhaltenen Nierengewebes, oberflächlich theils von atrophischem Nierengewebe, theils von weicher Geschwulstmasse umgeben, liegt ein 1,5 cm langes, scharf begrenztes, an der Rinde hellgelb, im centralen Theil hellbraun gefärbtes Gewebsstück, welches sofort an die Nebenniere erinnert. Das Innere dieses Gewebsstückes ist durch grauröthliche Geschwulstmassen aus einander gedrängt. Weiter entfernt, wohl der unteren Hälfte der Niere entsprechend, folgt die Hauptmasse des Tumors. Dieselbe ist von weicher Konsistenz, theilweise ödematös, fast gallertig, von grauröthlicher Farbe und lässt auf der Schnittfläche reichlichen trüben Geschwulstsaft abstreichen. Der Tumor setzt sich aus miliaren bis walnussgroßen Knoten zusammen, von denen ein Theil der größten wiederum aus kleinen Knoten besteht. Die Schnittfläche der meisten Einzelknoten erscheint gleichmäßig gebaut, andere erscheinen dunkelgrauroth oder gelb, offenbar in Folge von Hämorrhagien, Verfettungen oder Nekrose. Auf der Außenseite ist die Geschwulst in Handtellergröße ihrer Kapsel beraubt und es liegt hier fetziges, graurothes, weiches Geschwulstgewebe vor. Oben ist der Tumor zunächst wieder von Nierenkapsel, sodann von dieser und atrophischem Nierengewebe umgeben. In dem Nierenparenchym finden sich einzelne kleinere isolirte Knoten vor. Nierenkelche und Nierenbecken scheinen an den erhaltenen Nierentheilen nicht von der Geschwulst perforirt zu sein. Der Ureter scheint an der oberen Begrenzung des Tumors unversehrt über denselben hinwegzuziehen.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt ein kleinzelliges Sarkom, bestehend aus Rundzellen, polymorphen und Spindelzellen. Daneben finden sich, in dem Geschwulstgewebe hier und dort verstreut einzelne quergestreifte Muskelfasern.

Geschwülste von einem Bau wie die vorliegende wird man wohl in Übereinstimmung mit Cohnheim zu den Teratomen rechnen und ihre Entstehung in die Fötalperiode zurückverlegen dürfen.

Exstirpationen solcher Geschwülste bei Kindern gehören erst der neueren Zeit an. Fischer stellt (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1889, Bd. XXIX) 25 derartige Operationen zusammen mit einer Mortalität von 48%. Hinzugetreten sind weiter noch Fälle von Schede (Erfahrungen über Nierenexstirpationen), Czerny (Arch. f. Kinderheilk. 1890, Hft. 4), Roberts (Schmidt's Jahrb. 1889, Hft. 11) und der vorliegende, so dass die neuere Litteratur 29 Fälle aufweist mit einer Operationsmortalität von 44,9%.

II. Über einen glücklich ausgeführten Kaiserschnitt.

Von
Dr. med. **J. A. Kaschkaroff.**

Dieser von mir vorgenommene Kaiserschnitt verdient, meiner Meinung nach, auch in weiteren Kreisen bekannt zu werden, schon der Umstände wegen, unter denen er ausgeführt wurde. Ich hatte diese Operation bei einer Gebärenden zu machen, welche vor 19 Jahren eine Resektion des Hüftgelenkes (Articulatio coxae) überstanden und, wie ich zugleich hinzufügen will, ein unregelmäßig gebautes Becken besaß. Wie schnell sich nun auch diese Worte »vor 19 Jahren« aussprechen lassen, für die in der neueren Zeit so rasch vorgeschrittenen Erfolge in der Chirurgie erscheint uns dieser Zeitraum von 19 Jahren fast wie ein Alterthum. Die Resultate der Chirurgie waren vor 19 Jahren ganz andere, als wie wir sie in der letzten Zeit erhalten können. Die nachfolgende Krankheitsgeschichte meiner Pat. beleuchtet uns zur Genüge die frühere Operationsmethode und wenn dieser Fall damals zu den Ausnahmen mit glücklichem Ausgange, vielleicht zu einem Triumph der damaligen Chirurgie gerechnet wurde, so erscheint uns heute dieser Triumph, im Vergleich mit den jetzt möglichen Erfolgen, als ein sehr mangelhafter.

Von anderer Seite könnte der Fall meines Kaiserschnittes Interesse haben durch die Art seiner technischen Ausführung. Die Nähte auf der Gebärmutter sind nach der vereinfachten Methode, wie sie Prof. H. Fritsch (Centralbl. f. Gynäkol. 1889 No. 23) angiebt, angelegt worden und wenn ich mich nicht täusche, so ist dieser von mir ausgeführte Fall der dritte nach dieser Methode, welcher in der neuesten Litteratur beschrieben wird.

Wie ich glaube, müssten sich solche Beobachtungsobjekte, Mädchen mit ähnlichen Leiden, in Zukunft den Accoucheuren öfters bieten können, indem doch jetzt von der Anzahl der zu Operirenden ein sehr großer Procentsatz am Leben bleiben muss (und wie wohl anzunehmen, mit weniger verunstaltetem Becken), bedingt dadurch, dass jetzt bei Coxitis fungosa die Operation viel früher unternommen

wird und die Heilung nach der Operation in viel kürzerer Zeit vor sich geht.

Die Krankheitsgeschichte meiner Pat. ist folgende:

Katharina Semenowa, die Frau eines Beamten, 28 Jahre alt, war bis zum 3. Lebensjahre ein gesundes Kind gewesen, nach dieser Zeit verlor sie das Vermögen zu gehen wegen eines Leidens im rechten Bein. Nach manchen Kuren in den verschiedenen Moskauer Krankenhäusern kam die Kleine mit 8 Jahren in die chirurgische Klinik der Moskauer Universität unter die Aufsicht des Prof. J. Nawatzky. Auf mein Ansuchen war Prof. J. Nawatzky so liebenswürdig, mir über die Kranke während der Zeit ihres Dortbefindens einige Mittheilungen zu machen. Hiernach war sie sehr abgemagert zur Klinik gekommen und mit Spuren stark antiphlogistischer Behandlungsmethode. Prof. Nawatsky schreibt wörtlich: »Ihr waren bisher an der kranken Stelle bis 30 Blutegel auf einmal angelegt worden und ein solches Übermaß von Blutentziehung war bei dem schon so geschwächten und abgemagerten Kinde einige Male wiederholt worden!« Außerdem litt die Kleine an Durchfällen, welche schwer zu stillen waren. Das rechte Bein war sowohl im Kniegelenk stark eingebogen, als auch zum Körper hin so stark hinaufgezogen, dass zwischen dem Bein und der Bauchwand kaum die flache Hand durchzuführen war. Bei jedem Versuch, das Bein zu strecken, fühlte die Kranke einen heftigen Schmerz im rechten Hüftgelenk, an welcher Stelle auch alle Anzeichen vorhanden waren von Coxartromeningitis fungosa mit Knochenfraß des Hüftknochens. Ebenfalls fanden sich in der Hüftgegend und in den Gelenkhöhlen eine Menge Fistelöffnungen zerstreut. Nach Beseitigung der allge-

meinen Schwäche und des Durchfalls führte Prof. Nawatzky am 27. April 1871 unter der Chloroformnarkose die Resektion des Hüftgelenkes aus, wobei der Kopf des Oberschenkelknochens abgesägt wurde und auch ein Theil des Labii acetabuli entfernt wurde. Der Durchschnitt der Lagen bei der Resektion war nicht typisch ausgeführt worden, weil hier die Fistelöffnungen berücksichtigt werden mussten. Als Verbandmaterial benutzte Prof. Nawatzky damals hygroskopische Watte und eine spirituös-wässerige Lösung von Karbolsäure. Von den eigentlichen, erst in letzter Zeit bekannten Antisepticis konnte damals nicht die Rede sein. Die Eiterung dauerte lange, wobei einzelne abgestorbene Knochentheile ausgeschieden wurden. Am 24. December 1871 wurde die kleine Kranke aus der Klinik ausgeschrieben mit noch nicht geschlossenem Eitergang. Das kranke Bein erschien freilich gestreckt und gerade, doch konnte die Kranke noch nicht gehen, weil sie Schmerzen im Hüftgelenk empfand. Das kranke Bein war jetzt um $6^3/_4$ cm kürzer, als das gesunde. Den weiteren Bericht über ihren Zustand gab die Kranke mir dann selbst wie folgt an. Die aus der Klinik mitgebrachte, nicht geschlossene Fistelwunde verheilte erst nach Verlauf von 3 Jahren; seit dieser Zeit ging die Kranke auf Krücken. Mit dem 20. Lebensjahre war sie endlich so weit gesund geworden, dass sie frei und ohne Krücken auftreten und gehen konnte. Die Menstruation trat bei ihr mit dem 19. Jahre ein. Verheirathet ist sie jetzt 4 Jahre (Ipara). Beim Stehen auf dem gesunden Beine beträgt ihre Körperhöhe 160 cm. Die Richtung des Operationsschnittes in der Hüfte und das Aussehen des rechten Beines überhaupt ist aus beigegebener Abbildung ersichtlich, eben so die Ausbiegung der Wirbelsäule und die allgemeine Ansicht des Beckens. Der Abstand von Spina anterior superior bis Malleolus externus beträgt auf der rechten Seite 74 cm, auf der linken Seite 85 cm. Dimensionen des Beckens:

von Tuber ischii bis Spin. ant. sup. auf der rechten Seite = 17 cm
» » » » » » » auf der linken Seite = 20 »
» » » » » post. sup. auf der rechten Seite = 12 »
» » » » » » » auf der linken Seite = 19 »

Dimensionen des Beckenausganges zwischen Tub. ischii = 14 cm. Conj. diag. = 8 cm. Dicke der Symphysis = 1 cm. Höhe der Symphysis 7 cm.

D. spin. . . . . 25 cm
D. crist. . . . . 27 »
Conj. ext. . . . 18 »
D. spin. post. sup. 20 »

Am 15. Januar d. J. wurde ich um 3 Uhr Nachmittags ins Haus zu dieser Kranken gerufen, bei welcher die Geburtswehen schon seit dem 13. Januar sich bemerkbar gemacht hatten. Die Gebärmutter fand ich bis zur Größe eines 5-Markstückes geöffnet, die Blase war intakt, der Herzschlag des Kindes war von der rechten Bauchseite der Schwangeren deutlich durchzuhören. Die Pat. war stark erschöpft und bat selbst darum, sie von ihren Schmerzen durch den Kaiserschnitt zu befreien. Auf diese direkte Bitte konnte sie desshalb kommen, weil sie schon vor 4 Jahren sich mit mir über die etwaigen Folgen einer Geburt berathen hatte. Sie wurde jetzt sofort und mit aller Vorsicht in das allgemeine Jaroslawer Krankenhaus befördert. Nach der üblichen Vorbereitung der Kranken unternahm ich die Operation um 6 Uhr Abends. Die Gebärmutter war in derselben Stellung, wie ich sie um 3 Uhr vorgefunden und die Blase stand. Den ersten Durchschnitt durch die Bauchdecken machte ich von der Mitte der Herzgrube bis zwei Finger breit von der Symphysis, sah mich aber später genöthigt, den Schnitt nach oben um 4 cm zu verlängern. (Auf der Abbildung erscheint die Höhe des Schnittes niedriger gelegen, weil sich die Schnittwunde nach dem Zuheilen theilweise zusammengezogen hat.) Nach dem Herausheben der Gebärmutter nach außen und nach Anlegen einer elastischen Schnur über den Gebärmutterhals wurde die Gebärmutter in der Richtung vom Fundus uteri nach unten aufgeschlitzt. Das Kind befand sich in der 2. Hinterhauptlage, mit Rücken nach hinten und nach rechts gekehrt, den Kopf zu seiner rechten Schulter hin gewendet. Nach dem Aufschnitt der umhüllenden Blase war das Kind, ein kräftiger Knabe, asphyktisch

herausgenommen und in wenigen Sekunden zum lauten Schreien gebracht. Die Nabelschnur wurde abgebunden und getrennt, die Nachgeburt war an der hinteren Wand der Gebärmutter befestigt. Nach leichtem Reiz der Gebärmutter durch vorsichtige Friktion wurde die Nachgeburt herausbefördert, dieselbe aufgefangen und durch Drehen um ihre Achse auch die Blasenhäute entfernt. Nach Abwaschen des unteren Theiles der Gebärmutter mit einer Sublimatlösung (1 : 2000) (und in der Richtung von der Gebärmutter zur Scheide) wurden auf der Gebärmutter, durch die ganze Dicke der Uteruswand und Decidua 15 Seidennähte angelegt. Die Nähte wurden geknüpft, die elastische Schnur abgenommen, die Gebärmutter in ihre richtige Lage zurückgestellt, die Bauchwände vernäht und mit einem gebräuchlichen Verband von Jodoformmarly und hygroskopischer Watte die Operation beendigt. Die ganze Operation mit Anlegen der Verbände hatte vom Anfang bis zum Schlusse kaum 25 Minuten gedauert und war vollständig ohne Blutverlust verlaufen; nach einer halben Stunde befand sich die Wöchnerin schon wieder in ihrem Bette. Das Wochenbett verlief ohne Steigerung der Temperatur und das allgemeine Wohlbefinden der Wöchnerin war ein gutes. In den ersten 3 Tagen nach der Operation beschwerte sich die Kranke über Nachwehen beim Nähren des Kindes. Am 10. Tage wurden die Nähte abgenommen und der Verband erneuert. Am 14. Tage wurde die Wöchnerin photographisch aufgenommen. Am 31. Januar, also nach 16 Tagen ihrer Aufnahme, wurde sie aus dem Krankenhause ausgeschrieben und nach Hause entlassen. Am 10. Februar hatte ich noch das Vergnügen, mich von ihrem besten Wohlbefinden zu überzeugen und eben so von der blühenden Gesundheit ihres Knaben.

III. Zur Ventrofixatio uteri.

Von

Dr. **J. Praeger** in Chemnitz.

In den letzten $1^1/_2$ Jahren habe ich mich viermal veranlasst gesehen, die Gebärmutter an der vorderen Bauchwand zu befestigen.

Die ersten beiden Fälle, über welche ich berichte, betreffen Retroflexionen.

1) Frau Sch., 30 Jahre alt, hat vor 6 Jahren einmal geboren. Nach der Entbindung 5 Monate im hiesigen Krankenhaus (Pelveoperitonitis?). Vor 5 Jahren eine Fehlgeburt.

In den letzten Jahren verschiedentlich mit Pessaren behandelt, die ihre Beschwerden aber nur steigerten. Jetzt starke Schmerzen in der linken Seite und im Kreuz, die bei jeder Bewegung sich verschlimmern, heftige Beschwerden beim Stuhlgang und starker Ausfluss, Periode äußerst schmerzhaft.

Die Untersuchung ergab eine fixirte Retroflexio, die sich auch in der Narkose nicht aufrichten ließ, hochgradige Empfindlichkeit der hinteren Uteruswand und der beiden fixirten Ovarien.

Nachdem trotz 4wöchentlicher Bettruhe, warmer Duschen etc. keine Besserung der Beschwerden eingetreten war, wird auf Wunsch der gänzlich arbeitsunfähigen Pat. am 9. Mai 1889 die Operation vorgenommen. Zunächst Loslösung und Abtragung der beiden in dichte Adhäsionsmassen eingelagerten Ovarien, welche eine ausgebreitete kleincystische Follikeldegeneration zeigen. Dann Loslösung des nach links hinten durch festere Stränge, nach rechts durch feineres maschiges Netzwerk mit der Becken- resp. vorderen Mastdarmwand verlötheten Corpus uteri. Die während der stumpfen Loslösung entstehende mäßige Blutung steht auf Druck. Nun durch beide Lig. lata, die Lig. rotunda mit fassend, je eine Seidenligatur gelegt, welche durch die gesammte Bauchmuskulatur, die Recti eingeschlossen, durchgeführt werden. Zum Schluss folgt eine durch den Fundus uteri in der Höhe der Tubenabgänge geführte Katgutnaht, welche den Fundus uteri an die Wundränder des Peritoneum parietale beiderseits befestigte. Bei der Kontrolle des Uterusstandes zeigt sich, dass der Körper der Blase aufliegt. Heilung vollständig glatt.

Vom 11.—16. Mai Menses. Am 25. Mai wurde Pat. aus der Anstalt entlassen. Am 15. December 1889, also 7 Monate nach der Operation, hatte ich zum letzten Male die Gelegenheit, Pat. zu untersuchen. Sie sieht jetzt blühend und hat körperlich sehr zugenommen. Menses nicht wieder eingetreten. Außer fliegender Hitze keine Beschwerden, insbesondere keine von Seiten der Blase, kein Ausfluss. Am 14. December hat sich 1 cm nach links von der Mittellinie ein kleiner Abscess gebildet. Wahrscheinlich vorher eine Exkoriation durch Reiben eines Korsettstabes. Aus der stecknadelkopfgroßen spontan entstandenen Öffnung wird ein 5 cm langer, völlig unversehrter Seidenfaden herausgezogen. Nur Spur von serösem Sekret. Untersuchungsbefund: Fundus uteri $3^1/_2$ cm über dem oberen Rande der Schamfuge, gegen die Bauchwand etwas beweglich. Stümpfe der Lig. lata mit der Bauchwand fest verlöthet. Rechts ist die noch liegende Fadenschlinge durchzufühlen. Im Douglas'schen Raume gefüllte Darmschlingen, welche sich so weit in die Höhe schieben lassen, dass beide untersuchende Hände auf der hinteren Uteruswand zusammenkommen.

2) Frau F., 34 Jahre alt, hat 2mal geboren. Seit einem Jahre sehr starke und schmerzhafte Menses, 2—3wöchentlich, 8tägig. Auch in der Zwischenzeit viel Kreuzschmerzen. Befund: Sehr anämische Frau. Uterus groß, retroflektirt. Hintere Wand buchtet sich halbkugelig vor. Sondirung ergiebt 9,5 cm Länge. Schleimhaut glatt. Im linken Parametrium eine feste nach der Beckenwand ziehende Narbe. Linkes Ovarium fixirt, rechtes gleichfalls.

Diagnose: Retroflexio uteri fixati. Wahrscheinlich interstitielles Myom der hinteren Wand. Alte Pelveoperitonitis und Parametritis sinistra.

Eine längere symptomatische Behandlung der Pat. war ohne jeden Erfolg geblieben.

Am 17. Mai 1889 Laparotomie. Der durch Adhäsionen am Fundus und der hinteren Wand fixirte Uterus wird zunächst losgelöst. In seiner hinteren Wand eine kleinapfelgroße Geschwulst. Das rechte Ovarium, aus den umgebenden Verwachsungen befreit, wird entfernt. Schwieriger ist die Entfernung des linken, welches in das als narbiges straffes Band zur Beckenwand ziehende Lig. latum eingelegt ist. Bei der Loslösung reißt der größere Theil ab und ein Rest bleibt sitzen, welchen es nicht zu entfernen gelingt. Starke Blutung, welche erst durch mehrere Massenligaturen gestillt wird. Da das starre Lig. latum der linken Seite sich nicht der Bauchwand nähern lässt, wird nur der Stumpf des rechten durch zwei Seidenfäden, von denen der eine durch das rechte Horn, der zweite weiter nach außen gelegt wird, an der vorderen Bauchwand befestigt. Beide Nähte durch die ganze Dicke der Bauchmuskulatur geführt.

Verlauf fieberlos. Am 19. Tage entlassen.

Am 29. December untersuchte ich Pat. wieder. Sie hat vom 15.—19. Juni noch einmal eine sehr reichliche Blutung gehabt, seitdem regelmäßige 3—4wöchentliche Perioden von nur 3tägiger Dauer und mäßiger Stärke. Fühlt sich vollkommen wohl. Die Kreuzschmerzen sind verschwunden. Keine Blasenbeschwerden.

Befund: Allgemeinzustand sehr gut. Der Fundus des anteflektirten Uterus reicht bis 4 cm über den oberen Schamfugenrand. Corpus uteri noch deutlich vergrößert, aber entschieden nicht gewachsen. Dasselbe gegen die Bauchwand etwas beweglich. Lig. latum sin. immer noch rigid. Ovarialrest nicht zu fühlen.

Im 3. und 4. Fall handelt es sich um die Befestigung der vollständig vorgefallenen Gebärmutter an der vorderen Bauchwand.

3) Frau Sch., 56 Jahre alt. Seit 10 Jahren Vortreten der Scheide. Seit 6 Jahren ein Knoten im Leib bemerkt. In den letzten 3 Monaten starke Zunahme des Bauchumfanges. Vorfall durch Bandagen nicht mehr zurückzuhalten. Hochgradige Athembeschwerden. Die Untersuchung ergab ein proliferirendes Ovarialkystom, welches bis handbreit über den Nabel reichte, ferner vollständigen Vorfall des Uterus. Bedeutende Cervixhypertrophie. Uteruslänge 12 cm. Cysto- und Enterocele. Am 20. November 1888 Ovariotomie. Nach Ablassen von 30 Liter Ascites ein über mannskopfgroßes proliferirendes Kystom des rechten Ovariums entfernt. Zahlreiche Adhäsionen mit Darm und Netz. Tumor zum Theil verkalkt.

Nach Abtragung der Geschwulst wird der Uterus weiter vorgezogen und durch je 2 Seidenfäden beiderseits (durch Cornua uteri und Lig. latum führend) an der Bauchwand befestigt; die Ligaturen werden bis unter die sehr dünne Haut geführt.

Verlauf normal. Am 17. Tage Temperatur 38,1°. Über beiden Fixationsstellen ist die Haut nabelförmig eingezogen und in der Größe einer Linse nekrotisch geworden. Auf beiden Seiten bildeten sich Fisteln, von denen sich die rechtsseitige nach Herausziehung einer Seidenschlinge schloss. Am 3. December 1889 stellte sich Pat. wieder vor.

Befund: Fundus uteri steht 3 Querfinger breit über der Schamfuge in der Mittellinie, Uterus etwas beweglich. 1 cm vom unteren Ende der Bauchschnittnarbe nach außen links findet sich eine wenig secernirende Fistel.

Beim Pressen wird die sehr schlaffe vordere Scheidenwand in der Schamspalte sichtbar, tritt aber nicht weiter herab, macht auch keine Beschwerden. Störungen von Seiten der Blase gewöhnlich nicht vorhanden; nur wenn dieselbe stark gefüllt, Druckgefühle.

4) Frau M., 39 Jahre alt, hat 6mal geboren. Seit 12 Jahren Vorfall der Scheide. Seit Frühjahr 1889 Schmerzen in der Magengegend. In den letzten 6 Wochen starke Zunahme des Leibes, öfteres Erbrechen, zunehmende Kurzathmigkeit, stärkeres Vortreten des Vorfalles. Viel Kreuzschmerzen.

Ich fand eine hochgradig dyspnoische Frau, starken Ascites, in demselben ein vielknolliger Tumor schwimmend, der nach oben bis 2 Finger unterhalb des Nabels reicht. Uterus total prolabirt. Becken von einer Geschwulst ausgefüllt, deren Knollen sich zum Theil weich, zum Theil härter anfühlen. Bei Bewegung des unteren Geschwulstpols bewegt sich die obere Geschwulst mit.

Bei der am 20. November 1889 vorgenommenen Laparotomie fand sich nach Ablassen des Ascites ein rechtsseitiger und ein linksseitiger solider vielknolliger Ovarialtumor mit Erweichung einzelner Knollen, ersterer dem letzteren aufliegend.

Die Operation verlief glatt. Nach Versorgung der Stiele beiderseits je eine Seidenligatur am Tubenabgang um diese, Lig. rotundum und latum gelegt, welche durch die Bauchmuskulatur durchgeführt wird. Dann Fundus uteri durch eine Katgutnaht an die Peritonealwundränder geknüpft.

Während des Verbandes starkes Erbrechen. Puls nach der Operation fadenförmig. Erbrechen bis zum 4. Tage andauernd. Kein Meteorismus. Bauch außer in der Magengegend unempfindlich. Sensorium frei. Höchste Temperatur 37,5. Puls an der Radialis kaum fühlbar, 124—148. Unter zunehmendem Kräfteverfall am 23. November Abends Exitus letalis.

Die Sektion ergab: Bauchwunde fest verklebt, an der Innenfläche der Nahtlinie eine Darmschlinge adhärent. Im Cavum Douglasii geringe Menge helle ascitische Flüssigkeit. Peritoneum blass glänzend. Keine Verwachsung der Därme unter einander.

Metastasen auf der Bauchwand oberhalb des Nabels und auf dem im oberen Bauchraum zusammengerollten Netz. Von der Wurzel des Mesenterium gehen mehrere scharfe Stränge ab, die eine obere Dünndarmschlinge an verschiedenen Stellen mehr oder weniger einschnüren. Ileum wenig gebläht. Colon nicht meteoristisch. Leber mäßig verfettet. Milz klein, derb.

Uteruskörper der Bauchwand eng anliegend, sinkt nach Durchschneidung der Katgutschlinge etwas nach hinten, so weit es die an der vorderen Bauchwand befestigten Stümpfe der breiten Mutterbänder es zulassen. Der Katgutfaden vollständig intakt, ohne jede Einkapselung. Die Stümpfe dagegen bis zur Uteruskante mit der Bauchwand so fest verklebt, dass sie mit dem Messer losgelöst werden müssen. Vollständig aseptisches Aussehen derselben. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst stellte dieselbe als Fibrosarkom dar.

Von den für die Befestigung des Uterus an der vorderen Bauchwand angegebenen Verfahren haben sich nach den bisher veröffentlichten Fällen am meisten das Olshausen-Sänger'sche und das Leopold'sche eingebürgert. Beide Verfahren bezwecken, den Uterus durch

Bildung von Adhäsionen, bei ersterem zwischen breiten Mutterbändern und Bauchwand, bei letzterem zwischen Bauchwand und Gebärmuttergrunde, in anteflektirter Stellung zu erhalten. Abgesehen nun von infektiösen Entzündungsprocessen, werden Verlöthungen des Bauchfells nach der von Dembowski ausgeführten Experimentalarbeit (Arch. f. klin. Chir. Bd. XXXVII) nur durch fremde Körper, Ligaturen mit den entsprechenden Schnürstücken und Brandschorfen bewirkt. Es wird demgemäß bei den obigen Operationsverfahren die Verlöthung ebenfalls an der Stelle der Ligaturen eintreten. Jedoch ist hierbei sicher nicht unwesentlich, welches Materials man sich zur Ligatur bedient. Während Seide und Silkwormgut, die dabei am meisten angewendet werden, stark zur Adhäsionsbildung reizen, eben so wie der Silberdraht, wirkt das Katgut viel zu wenig als Fremdkörper. So fanden sich bei dem in der Dresdener Klinik zum 2. Mal ausgeführten Kaiserschnitt Schweiger, wo zum 1. Mal der Uterus mit Silberdraht genäht war, »starke Verwachsungen zwischen Netz, Uterus und Bauchnarbe. Die vier oberen Drähte waren in Netzverlöthungen eingebettet, die vier unteren von glattem Bauchfell überdeckt« (Leopold, Kaiserschnitt p. 164), während bei einem weiteren gleichfalls von Dr. Korn in Dresden-Neustadt operirten Fall (Frau St.), bei dem zum 1. Mal der Uterus mit Katgut genäht war, sich außer einer strangförmigen Verwachsung mit dem Darm keine einzige Adhäsion fand. Dabei sahen wir die vordere Hälfte der schwer resorbirbaren Chromsäure-Katgutschlingen noch intakt, während die durch die Muskulatur führende resorbirt war. Die Knoten waren von Peritoneum überdeckt.

Die gleiche Erfahrung machten wir in unserem zur Sektion gekommenen Fall 4. Hier hatte sich, wie oben beschrieben, an der Stelle, wo die seidenen Ligaturen lagen und an den Stümpfen selbst eine feste Verklebung mit der Bauchwand ausgebildet, während an der Stelle der Katgutschlinge nicht die geringste Reaktion zu sehen war.

Die Olshausen-Sänger'sche Methode lässt dem Uterus von vorn herein eine gewisse Beweglichkeit, was für die Möglichkeit der Ausdehnung der Blase nicht ohne Wichtigkeit ist. Zu den günstigen Erfolgen der Methode trägt gewiss nicht am wenigsten bei, dass die Ligaturen liegen bleiben; es wird hierdurch die bleibende Sicherung der Antefixation noch am ehesten gesichert, wenn auch die Unannehmlichkeit des späteren Durchschneidens der Ligaturen vorkommen kann. Sehr rationell erscheint die Methode besonders bei gleichzeitiger Entfernung der Anhänge, indem nicht nur die Ligaturen, sondern auch die Stümpfe selbst in diesen Fällen zur Bildung von Verlöthungen beitragen, andererseits aber eine Verlöthung der Stümpfe mit Darm, Netz etc. möglichst verhütet wird. Erwähnt sei eine kleine Modifikation, deren ich mich 2mal bedient habe. Um den Gebrauch eines Pessars als Stütze in der ersten Zeit nach der Operation entbehrlich zu machen, habe ich nach der im Fall 3 gemachten Erfahrung den Fundus uteri durch einen Katgutfaden an das

Peritoneum der Wundränder angeschlossen, um zu verhindern, was auch Leopold der Methode zum Vorwurf macht (Sammlung klin. Vorträge No. 333), dass der Uteruskörper an den Fixationsstellen während der Zeit, wo Rückenlage im Bett eingehalten werden muss, zieht. Der Katgutfaden (Sublimatkatgut) dient also nur als provisorische Aufhängeschlinge.

Leopold bringt »Fundus uteri und Bauchwand mit 1—3 seidenen Bauchdeckennähten gleichzeitig an einander«, entfernt dieselben aber nach seiner früheren Angabe am 10.—12., später am 14.—16. Tage, zu einer Zeit, wo die Verwachsung sicher noch dehnbar ist. Um eine sichere Verklebung der Peritonealblätter herbeizuführen, wird von Leopold die Serosa auf der Höhe des Fundus mit dem Messer leicht abgeschabt, doch nur so oberflächlich, dass keine nennenswerthe Blutung entsteht. Nach den erwähnten Versuchen von Dembowski erscheint diese Abschabung nicht dazu geeignet, eine festere Verklebung herbeizuführen. Derartige Epithelabschilferungen, ja selbst tiefere Defekte und Wunden des gesunden Bauchfells heilten nach Dembowski's Angabe, ohne Verwachsungen zu erzeugen. Eher wäre eine Verschorfung des Peritoneums mit dem Thermokauter angezeigt, da Brandschorfe stets zu Verlöthungen Anlass geben. Eine sichere Verklebung erzielt Dembowski schließlich durch Auftragen einer Celloidinlösung, was auch hier des Versuchs werth wäre.

Jedenfalls ist die Leopold'sche Methode, deren Resultate nach den bisher veröffentlichten Fällen im Allgemeinen gute zu sein scheinen, bei Weitem einer Fixation mit Katgut, wie sie Czerny ausgeführt und Veit wieder vorgeschlagen, vorzuziehen, da dieses aus den oben erwähnten Gründen kein geeignetes Material für die Ventrofixation ist.

In einer Anzahl von Fällen ist es nicht möglich, sich eines der beiden besprochenen Verfahren zu bedienen, so in unserem Fall 2, wo der Uterus durch das starre brettharte Lig. lat. sin. nach hinten gezogen wurde. Hier muss man sich zufrieden geben, wenn es gelingt, ein Ligament der Bauchwand nahe zu bringen. Dabei erschien es mir rathsamer, den Stumpf an der Bauchwand zu befestigen, wie Kelly es gethan, als den Stiel in die Bauchwunde zu nähen, wobei der Uterus leichter hin und her pendeln kann. Trotz der ungünstigen Verhältnisse fand sich in unserem Falle nach 7 Monaten der Uterus noch in anteflektirter Stellung der Bauchwand anliegend.

---

1) **A. Wilhelmi** (Güstrow). Bleichsucht und Aderlass.
Güstrow, **Opitz & Co.**, 1890.

W. empfiehlt in Fällen von Bleichsucht, wenn die übliche Therapie sich nutzlos zeigt, Aderlässe — 60—100 ccm Blut ein oder mehrmal zu wiederholen. 30 Krankengeschichten illustriren das Verfahren, das auch auf die Menstruationsanomalien günstig beeinflussend wirken soll. Eine theoretische Auseinandersetzung über die Wirkung des Aderlasses vermeidet W. geflissentlich, wesshalb die

objektiv gehaltene Publikation auch nicht mit denen des Begründers der Methode — Dyes in Hannover — verglichen werden darf.

G. Middeldorpf (Breslau).

---

2) **Rydygier.** Ein neuer Vorschlag zur operativen Behandlung der Uterusmyome.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 10.)

An Stelle der Kastration empfiehlt R. die Ligatur der Art. spermat. int., der Art. uter. und des Lig. rotundum — analog der von Wölfler wieder empfohlenen Unterbindung der Thyreoid. bei Strumen. R. spaltet das Peritoneum, isolirt und unterbindet die Art. doppelt, um jedes Lig. rotund. wird ein Faden gelegt.

In einem so operirten Fall konnte nach 4 Monaten eine Verkleinerung des vor der Operation zweifaustgroßen Myoms der vorderen Uteruswand um $^3/_4$ des früheren Umfangs konstatirt werden.

G. Middeldorpf (Breslau).

---

3) **Brennecke.** Die Frage der Geburts- und Wochenbettshygiene in foro der preußischen Ärztekammern.

(Ref. erstattet am 5. Nov. 1889 in der Sitzung der Ärztekammer der Provinz Sachsen. Magdeburg 1889. 33 S.)

B. tritt warm für die Errichtung von Gebärasylen für verheirathete Frauen ein, welche unabhängig von anderen Krankenanstalten zugleich als Fortbildungsschulen und Vereinshäuser für Hebammen und als Mutterhaus für Wochenpflegerinnen dienen sollen. Die Ärztekammern von Rheinland und Westfalen haben den Werth derartiger Institute für größere Städte und Industriebezirke voll anerkannt, principiell nicht ablehnend verhielten sich Schlesien, Pommern und Schleswig-Holstein, die übrigen Provinzen waren dagegen.

G. Middeldorpf (Breslau).

Kasuistik.

4) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 14. März 1890.

Vorsitzender: Herr Olshausen; Schriftführer: Veit.

I. Zur Vorbereitung der Feier des Stiftungsfestes wird die vorjährige Kommission wiedergewählt.

II. Veit macht Mittheilung von den Verhandlungen der Kommission zur Vorbereitung des Festes der Berliner Ärzte gelegentlich des X. internationalen medicinischen Kongresses und fordert die Mitglieder zu recht reichlichen Beisteuern auf.

Der Herr Vorsitzende schließt sich dieser Aufforderung an, besonders da ein Beitrag aus der Gesellschaftskasse nicht möglich ist.

III. Demonstrationen.

a) Herr Dührssen. Meine Herren! Im Anschluss an meinen neulichen Vortrag möchte ich mir erlauben, Ihnen heute den Fall von allgemein verengtem Becken als völlig geheilt vorzustellen. Wie ich schon erwähnt habe, war das Wochenbett in diesem Falle kein ungestörtes. Ungefähr zur selben Zeit mit einer Reihe von anderen Wöchnerinnen erkrankte die Wöchnerin am 3. Tage mit Fieber

ohne wesentliche Störung des Allgemeinbefindens, übelriechenden Lochien, Empfindlichkeit des Uterus und seiner linken Seitenkante. Am 7. Tage platzte die Wunde am Damme auf und am 10. Tage, nachdem die Scheidenwunde p. p. geheilt war, konnten wir konstatiren, dass im Scheidengewölbe noch ein Riss vorhanden war, der von der Spitze der verheilten Incision bis zur Portio reichte und in eine Abscesshöhle hineinführte. Das Fieber ging nach mehrfachen Scheiden- und Uterusausspülungen am 11. Tage zur Norm herab. Die Wundränder der granulirenden Dammwunde lagen zwar ziemlich dicht an einander, allein da die Wöchnerin ihre baldige Entlassung verlangte, so nahm ich am 20. Tage des Wochenbettes die Abkratzung der Granulationen und die Anfrischung der Dammwundränder vor. Dabei konstatirten wir — und ich gebe damit meinen Gegnern vielleicht neue Waffen in die Hand — an der unteren Partie der Wunde eine Verbindung zwischen derselben und dem Rectum. Dieselbe wurde mit fortlaufendem, versenktem Katgutfaden und die Wundränder darüber durch 5 Silkwormligaturen geschlossen. Vor der Anfrischung war die oben erwähnte Abscesshöhle, die sich mittlerweile schon bedeutend verkleinert hatte, gründlich ausgespült und zum Zweck der Drainage mit einem zur Vulva herausgeleiteten Jodoformgazestreifen austamponirt worden. Jetzt, nach 7 Tagen, ist die Wunde völlig vereinigt, Sie sehen eine lineäre, ca. 4 cm lange Narbe, die dicht an den Anus heranreicht. An der Vulva sind völlig virginale Verhältnisse wieder hergestellt, der Introitus ist nur für einen Finger durchgängig. Die Herren, welche die Wöchnerin näher untersuchen wollen, mache ich besonders auf die leichte Bestreichbarkeit der Beckenwände und den spitzen Schambogen aufmerksam — die Schenkel desselben verlaufen fast parallel. Was die Kommunikation nach dem Rectum hin anlangt, so war dieselbe dadurch bedingt, dass der Schnitt zu dicht an den Anus herangerathen und die erste Naht ins Rectum hineingelegt war. Sie wurde gleich nach vollendeter Dammnaht wieder entfernt und glaube ich nicht, dass vom Rectum aus die Infektion der Dammwunde erfolgte, sondern die primäre Ursache für diese, so wie die anderen Störungen war die schon vor der Entbindung eingeleitete Zersetzung im Uteruscavum. Wo man diese schon vor der Entbindung an Fieber und übelriechendem Ausfluss erkennt, sollte man den Genitalschlauch mit Jodoformgaze tamponiren, um so die sekundäre Infektion zu vermeiden. Dass die Scheidendammincision weiterriss, beruhte auf der ganz excessiven Enge des ganzen Vaginalrohres; dass dies übersehen wurde, war ein Fehler. Ich baute eben zu fest auf meine bisherigen Erfahrungen, nach welchen so große Incisionen nicht weiterrissen. Ein anderer Fehler war der, dass die Scheidendammincision zu dicht an den Anus herangerieth. Derselbe kann leicht vorkommen, wenn man die Incision erst macht, nachdem die Dammgebilde von der Zange angespannt und dislocirt worden sind. Die vorgeschriebene Richtung werde ich in Zukunft dadurch erzielen, dass ich in Fällen, wo ich denke, dass es zu einer solchen Incision kommen wird, vor Anlegung der Zange mit dem Messer eine kleine Marke in der Mitte zwischen Anus und Tuber ischii mache.

Die Herren Winter und Czempin berichten, dass das Ergebnis der Nachuntersuchung die gute Heilung der Incisionen gezeigt habe, wenn sie auch in Bezug auf die Deutung des Beckens gewisse Bedenken erheben.

b) Herr J. Hofmeier zeigt die vereiterte linke Tube einer an allgemeiner eitriger Bauchfellentzündung Verstorbenen. Pat., 25 Jahre alt, wurde am 5. Tage ihrer Erkrankung wegen eines großen Beckenexsudates (das den Uterus und die Vagina tief in die Vulva drängte) und Peritonitis universalis dem Elisabethkrankenhaus überwiesen. In den ersten 2 Tagen der Krankenhausbeobachtung schwankte die Temperatur zwischen 39,3 und 40,2, der Puls zwischen 120 und 132. In den letzten beiden Tagen traten Collapstemperaturen ein; unter den Zeichen der Herzlähmung starb Pat. Sie will stets gesund gewesen sein; hatte zum 1. Mal ihre Periode im 18. Jahr gehabt, die letzte nach regelmäßiger Wiederkehr 2 Tage vor ihrer Erkrankung beendet (noch erkennbar an der Decidua menstrualis). Im August vorigen Jahres will sie ein gastrisches Fieber überstanden haben; es ist sehr wahrscheinlich, dass dies »gastrische Fieber« der Beginn der Tubenerkrankung

linkerseits war, die für die letzte den Tod verursachende Entzündung des Bauchfelles verantwortlich gemacht werden muss.

Pat. war während der letzten Periode vollkommen wohl; zwei Tage nach derselben erkrankte sie plötzlich (Ursache war nicht zu eruiren) mit Erbrechen und den Erscheinungen einer schweren allgemeinen Peritonitis. Bei der Obduktion ließ sich keine andere Ursache für die eitrige Bauchfellentzündung entdecken, als die mit Eiter gefüllte sackartig erweiterte linke Tubenmündung. Gonokokken wurden nicht gefunden!

Dies Präparat erlaubte ich mir, meine Herren, Ihnen zu demonstriren, um Ihnen von Neuem zu zeigen, welch traurige Folgen eine Salpingitis haben kann und um denjenigen den Mund zu stopfen, die über Furor operativus schelten, wenn sie an dieser Stelle häufig exstirpirte Tuben sehen. Ich glaube, auch unsere Pat. wäre noch am Leben, hätte irgend ein Moment sie im vergangenen Jahre vielleicht zu einem von Ihnen geführt. Bei rechtzeitiger Diagnose wäre ihr der primäre Eiterherd exstirpirt worden und sie wäre nicht mit dem Tode ringend zu mir ins Hospital gebracht.

c) J. Veit legt das Resultat einer Ovariotomie vor. Rechts vereiterte Dermoidcyste mit sekundärer krebsiger Entartung der Wand, welche sich bis auf die linke Kante des Uterus, dem die Cyste adhärirte, erstreckt. Links fehlen die Anhänge vollständig; statt dessen am Netz eine Dermoidcyste fest adhärirend, ohne jeden Zusammenhang mit den Genitalien; diese erweist sich als durch Torsion getrennte Ovarialcyste, insbesondere auch durch einzelne noch adhärirende Stränge, die den Anhängen entsprechen.

IV. Diskussion über den Vortrag des Herrn Dührssen.

Herr Winter glaubt zunächst ein Verdienst des Herrn Dührssen darin erblicken zu müssen, an einer größeren Zahl von Fällen nachgewiesen zu haben, dass ausgedehnte Incisionen in den Cervix gemacht werden dürfen ohne große Gefahr für die Gesundheit der Mutter, dass dieselben in der Hand eines sicher aseptischen und geschickten Geburtshelfers in gewissen Fällen ein brauchbares Verfahren bilden können. Weiter anerkennt W. das Princip Dührssen's vollständig, die Incisionen bis an das Scheidengewölbe machen zu müssen, wenn die Entbindung sofort folgen soll, da man sich nur auf diese Weise vor dem gefährlichen Weiterreißen derselben schützen kann.

W. kann sich aber absolut nicht auf den Standpunkt des Vortr. stellen, was die Indikationen anbetrifft. Trotzdem Dührssen selbst nur »bei strenger Anzeige zur Beendigung der Geburt seitens der Mutter oder des Kindes« den Eingriff für gerechtfertigt hält, entsprechen die Indikationen in seinen Fällen nicht dieser Forderung. Von Seiten der Mutter war in den 14 bis jetzt von Dührssen publicirten Fällen nur zweimal eine Indikation, welche allenfalls eine Beendigung der Geburt wünschenswerth machte (Fall 7 und 10); von Seiten des Kindes konnte man sie auch höchstens zweimal in Verlangsamung der Herztöne sehen; in allen anderen Fällen war nach W.'s Ansicht der Eingriff unnöthig. Speciell wendet sich W. gegen folgende Indikationen Dührssen's:

1) Temperatursteigerungen in der Geburt sind in der Mehrzahl der Fälle gefahrlos und vorübergehend und zeigen gelegentlich wohl eine später eintretende Zersetzung des Uterusinhaltes und Infektion an, lassen aber meist so viel Zeit, die vollständige Erweiterung des Muttermundes und oft sogar die spontane Ausstoßung des Kindes abzuwarten. Nur hohes Fieber, schon längere Zeit bestehende Zersetzung, septische Allgemeinerscheinungen rechtfertigen eine Entbindung bei unvorbereiteten Weichtheilen; bei älteren Erstgebärenden wird man am häufigsten nach dieser Indikation zu handeln haben.

2) Intra-uterine Erstickungsgefahr des Kindes war für Dührssen häufig die Indikation zum Eingriff und wird gewiss auch in Zukunft wohl das neue Gebiet sein, auf welchem geschickte Ärzte gelegentlich wohl einmal mehr wagen können als früher; aber niemals kann man in dem Ansteigen der Herztöne auf 160—170 und Sinken auf 104 eine Indikation zur Entbindung sehen; dann würde

bald ein sehr gefährliches, gar nicht zu rechtfertigendes frühzeitiges Entbinden unter den Ärzten beginnen.

3) Eklampsie verlangt nach unseren heutigen Ansichten die operative Beendigung der Geburt, wenn dieselbe sich in der Austreibungsperiode befindet; eine Eklampsie, welche im Beginn der Eröffnungsperiode einsetzt, steht nur sehr wenig unter dem Einfluss der Geburtsbeendigung, verschlimmert sich zuweilen unter gewaltsamen Eingriffen am Cervix. Vollständig abzuweisen ist, gerade wie die Sectio caesarea bei Eklampsie, die Entbindung in der Schwangerschaft per vias naturales, wie Dührssen sie ja bis jetzt auch nur vorgeschlagen hat.

Eben so hält W. auch die Incisionen bei Placenta praevia der Erstgebärenden, um die Extraktion des Kindes zu gestatten, für zu gefährlich und bei Erstgebärenden mit engem Becken, um die frühe Wendung zu ermöglichen, für unberechtigt.

Die wichtigste Indikation für die Entbindung bei engem Muttermund scheinen W. starke Blutungen bei Ablösung der normal sitzenden Placenta und die oben geschilderten schweren Infektionszustände.

W. hält weiter eine principielle Vereinigung der Cervix- und Scheidendammincisionen für verkehrt. Wenn die Wehen den Muttermund nicht aus einander gezogen haben, so müssen wir, um die Geburt zu ermöglichen, das dadurch entstandene Hindernis beseitigen, die fehlende Naturkraft durch unsere Incisionen ersetzen; anders aber bei Scheide und Damm; die dilatirende Kraft ist der tiefer tretende Kopf, welcher auch in der Zange die Weichtheile in normaler Weise dehnt. Auch dringende Gefahr für Mutter und Kind gestatten so viel Zeit, um die Scheide langsam zu erweitern; droht der Damm zu zerreißen, so macht man die üblichen Incisionen; bei normalen Weichtheilen räth W. von ausgedehnten Einschnitten ab.

Dagegen hält er sie für sehr berechtigt bei Erstgebärenden mit engem Introitus, wenn man die Hand zur Wendung einführen will; dann kann man Zerreißungen dadurch vorbeugen.

Herr Bokelmann: Es ist ja immer schwer, eine auf einem fremden geburtshilflichen Material aufgebaute Methode richtig zu beurtheilen, und wenn der Herr Vortr. im einzelnen Falle die Anwendung seines Verfahrens für indicirt hielt, so lässt sich dagegen nicht viel sagen. Andererseits aber hat Herr Dührssen mit der allgemeinen Empfehlung seines Verfahrens einen Weg der Aktivität in der Geburtshilfe beschritten, auf dem ihm, wie ich glaube, nicht Viele nachfolgen werden, und in dem man eine Übertragung operativ-gynäkologischer Polypragmasie auf das Gebiet der Geburtshilfe sehen muss, gegen die entschiedener Widerspruch zu erheben ist.

Was speciell die tiefen Scheidendammincisionen anbetrifft, so scheint es mir nicht rationell zu sein, von vorn herein Einschnitte zu machen, die an Größe alle selbst bei brutalster Anwendung der Zange vorkommenden Zerreißungen übertreffen. Auch wird Herr Dührssen mit diesen Incisionen seinen Zweck kaum erreichen. Denn bei hochstehendem Kopfe werden auch die ausgiebigsten Einschnitte nicht viel nützen, und bei tiefstehendem sind sie überflüssig, da wir hier mit den bisher üblichen kleinen Incisionen auskommen. Überhaupt möchte ich vor der allzu freigebigen Anwendung der Incisionen des Scheideneinganges warnen, vor Allem vor den doppelseitigen, die, wenn sie nicht exakt heilen, die günstigsten Verhältnisse für die Entstehung eines Vorfalls schaffen.

Der Ansicht des Herrn Vortr., dass beim allgemein gleichmäßig verengten Becken das Haupthindernis durch die Weichtheile gebildet wird, kann ich nicht folgen. Wer Gelegenheit gehabt hat, ein und dieselbe Frau mit einem derartigen Becken wiederholt durch Forceps zu entbinden, wird einsehen, dass bei sonst gleichen Verhältnissen die Schwierigkeiten bei der ersten und der wiederholten Geburt annähernd die gleichen sind.

Am entschiedensten aber ist gegen das allerdings nur beiläufig von Herrn Dührssen empfohlene Verfahren Front zu machen, dem zufolge er nach jeder von Zersetzungserscheinungen begleiteten Geburt den gesammten Genitalkanal inklusive Uterus mit Jodoformgaze tamponiren will. Herrn Dührssen's unbestreit-

bares Verdienst, die blutstillende Tamponade in die Geburtshilfe eingeführt zu haben, kann durch diese Verallgemeinerung nur geschmälert werden. Was soll denn hier die Tamponade nützen? Pathogene Keime, sind sie einmal eingedrungen, wird man durch Jodoformgaze nicht zerstören und den Abfluss der Sekrete erleichtert man doch nicht, wenn man einen von Natur offenen Kanal zustopft! Ich meine daher, dass die letztgenannte Methode für die meisten derartigen Fälle als irrationell zu verwerfen ist.

Herr Czempin hält unter den zuletzt von Herrn Dührssen angeführten 4 Fällen nur in dem einen Falle von Eklampsie die Operation am Cervix für berechtigt. In allen anderen Fällen glaubt er, dass die manuelle Erweiterung des Muttermundes gleiche Erfolge gehabt haben würde. Als Beweis hierfür führt er einen Fall an, in welchem es ihm bei einer Erstgebärenden von 39 Jahren am 4. Tage nach dem Wasserabfluss und bei bereits bestehender Infektion gelang, den nur 3markstückgroßen Muttermund manuell innerhalb einer kleinen halben Stunde bis zu dem Grade zu erweitern, dass die Anlegung der Zange an den noch hoch im Becken stehenden Kopf mit gutem Erfolge möglich war. Eine spätere genaue Untersuchung des Muttermundes ergab, dass keine das gewöhnliche Maß übersteigende Verletzung durch die Manipulation zu Stande gekommen war.

Herr E. Carsten: Die vorgeschlagene Operation ist vielleicht im dringendsten Nothfall auszuführen, speciell die Incision des Muttermundes; als neue Methode für die Allgemeinheit ist sie a limine abzulehnen. Ihre Konsequenz ist die Incision des Beckenbodens vor Vornahme der kombinirten Wendung etc.

Die von Herrn Dührssen angeführten Geburtsgeschichten dürften kaum die Indikation zu diesem Eingriff rechtfertigen.

Allein, selbst die Indikationen des Vortr. unbeanstandet gelassen, sind seine eigenen Erfolge keine glänzenden in Bezug auf die Restitutio ad integrum der Mutter, da ihm in zwei von vier Fällen primäre Heilung nicht gelungen. Die sekundäre Naht bietet aber keine Garantie, die Misserfolge der primären zu paralysiren. Unwahrscheinlich erscheint mir, dass die selbst primär geheilte Durchschneidung des Lev. ani und Constrictor cunni ohne jede nachtheilige Folgen bleiben wird; die sekundäre Heilung muss dieselben im Gefolge haben, wissen wir doch, zu welch unangenehmen Erscheinungen alle Narben des Beckenbodens und der Vagina führen. Ob ferner das nach doppelseitiger Incision auch bei primärer Heilung zurückbleibende Dreieck am Ende des Introitus, wie Vortr. behauptet, zu Prolapsen keine Veranlassung geben kann, will ich dahingestellt sein lassen, jedenfalls ist ein pathologisches Offenstehen der Vulva erzeugt, das den Frauen kaum irrelevant sein dürfte.

Ohne auf Einzelheiten einzugehen, möchte ich Herrn Dührssen's Vorschlag im Allgemeinen zurückweisen. Ich vermag in ihm keine Bereicherung unserer geburtshilflichen Operationsmethoden zu erblicken, im Gegentheil. Herrn Dührssen's Vorschläge widersprechen vollkommen unseren Anschauungen, wenn wir die Geburtshilfe als die »Entbindungskunst«, wie die alten Meister sie bezeichneten, und nicht als einen Zweig der operativen Gynäkologie auffassen wollen, in der das Vertrauen auf Asepsis jeden Eingriff gestattet und bei sicherer Heilung jeden späteren Nachtheil auszuschließen geneigt ist.

Herr Gusserow hebt hervor, dass er gewiss stets dem abwartenden Verfahren in der Geburtshilfe gehuldigt habe und noch huldige, dass er vor allen Dingen jeden überflüssigen operativen Eingriff aufs strengste verwerfe, dennoch kann derselbe das von Dührssen vorgeschlagene Verfahren keineswegs so ohne Weiteres verurtheilen. Jeder Geburtshelfer, dem eine einigermaßen größere Erfahrung zur Seite steht, wird sich einer Reihe von Fällen erinnern, wenn dieselben allerdings immerhin selten genug sind, wo eine schleunige Entbindung im Interesse der Mütter und der Kinder dringend indicirt erschien, wo aber dieselbe entweder gar nicht oder nur mit Opferung des Kindes und schweren Nachtheilen für die Mutter ermöglicht werden konnte, einzig und allein desshalb, weil der Muttermund und die mütterlichen Weichtheile die Entbindung nach unseren bisherigen Anschauungen unmöglich erscheinen ließ. Dass man in solchen peinlichen Fällen hier und

da mit der manuellen Dilatation des Muttermundes zum Ziele kommen kann, ist auch jedem Geburtshelfer geläufig, wie äußerst selten diese Methode aber wirklich Erfolg hat, dürfte nicht minder bekannt sein. Es ist seiner Auffassung nach nun ein entschiedenes Verdienst Dührssen's, durch sein Verfahren gezeigt zu haben, wie man in derartigen schweren Fällen die Entbindung ausführen kann und zwar, wie seine Fälle doch unzweifelhaft gezeigt haben, ohne Nachtheil für Mutter und Kind. Herr Gusserow begrüßt das Verfahren Dührssen's also als einen entschiedenen Fortschritt unserer geburtshilflichen Technik, möchte aber allerdings auf das ernstlichste vor zu schneller Verallgemeinerung desselben warnen. Die näheren Indikationen für das Verfahren können erst festgestellt werden durch Prüfung seitens erfahrener und in der operativen Technik und der Antisepsis absolut geschulter Geburtshelfer, erst nach sorgfältiger Sichtung der so gemachten Erfahrungen kann die Methode Allgemeingut der Ärzte werden.

Im Einzelnen legt Herr Gusserow nach seiner Erfahrung Verwahrung gegen die aufgestellte Ansicht ein, dass bei allgemein verengtem Becken besonders häufig eine angeborene Verengerung resp. mangelhafte Bildung des Genitalapparates vorkäme und besonders dagegen, dass diese gerade eine wichtige Rolle bei dem Geburtsverlaufe bei allgemein verengtem Becken spiele.

Betreffs der Bemerkung des Herrn Bokelmann über die Tamponade des Uterus mit Jodoformgaze bei septischen Processen im Cavum uteri möchte Herr Gusserow diese Tamponade keineswegs als irrationell ansehen, wenn er dieselbe auch nicht für sehr nöthig hält. Dass die Gazestreifen das Orificium uteri verstopften, so dass das Sekret nicht ausfließen kann, ist durchaus falsch. Bekannt ist im Gegentheil, wie gut in solchen Fällen Gazestreifen resp. Jodoformdochte drainiren.

J. Veit: Auch ich stehe den Vorschlägen des Herrn Dührssen keineswegs so ablehnend gegenüber, wie die ersten Herren Redner. Fasse ich die Gesammtheit der Vorschläge: Vereinigung von Cervix- und Scheidenincisionen, zusammen, so kann es sich nur darum handeln, in welches Kapitel unserer geburtshilflichen Operationslehre wir dieses Verfahren einreihen und da ist es mir nicht zweifelhaft, dass dies zum Accouchement forcé gehört. Wenn man sich darüber klar bleibt, so ergiebt sich von selbst, dass die Indikationen sehr strenge sein müssen, sie sollten wohl nur von der Mutter ausgehen, wenigstens würde ich vorläufig zur Rettung eines Kindes solche Eingriffe nicht vornehmen. Dass ausnahmsweise einmal Verhältnisse vorliegen können, in denen man zu dem ausgedehnten Cervix- und Scheideneinschnitten seine Hilfe nehmen wird, darüber bin ich nicht zweifelhaft, wenn ich auch glaube, dass dies selten genug der Fall sein wird.

Gehe ich auf die Incisionen des Cervix allein ein, so sind diese bekanntlich vielfach im Gebrauch. Fehling empfiehlt die von Credé gelehrten Einschnitte sehr warm. Ob man hier den Schnitt oder die stumpfe Dehnung vorzieht, wird von den Verhältnissen des einzelnen Falles und den Gewohnheiten des Arztes abhängen.

Die Einschnitte der Vulva wird ja Jeder gern anwenden, die Einschnitte der Scheide aber sehr hoch auszudehnen oder gar den ganzen Levator ani zu zerschneiden, halte ich für sehr bedenklich. In gewissen Grenzen kommt es ja sehr häufig zu Sprüngen der Scheidenschleimhaut, besonders bei Operationen. Hier wird durch die Größe des Einrisses kaum ein schlimmerer Nachtheil entstehen können, als durch die Einschnitte, und der Einriss geht eben nur so weit, als nöthig. Verletzungen, welche den ganzen Levator ani durchtrennen, gehören doch immerhin zu den großen Ausnahmen, ich glaube nur einmal einen solchen Fall gesehen zu haben.

Herr Olshausen stimmt im Wesentlichen den von Herrn Gusserow ausgesprochenen Ansichten bei. — Die schon seit langer Zeit und von vielen Seiten empfohlenen Incisionen des äußeren Muttermundes werden heut zu Tage gewiss viel zu wenig geübt. Wenn schon vor aller Antisepsis die Erfahrung zeigte, dass dieselben kaum Gefahren bergen, so ist dies heute sicher noch viel weniger der Fall. Bezüglich der Art der Ausführung derselben kann man Herrn Dührssen's

theoretischen Erörterungen gewiss nur beipflichten. Die Anwendung beschränke man aber wesentlich auf Fälle besonderer Rigidität des Muttermundes, wo die Incisionen in der That viel leisten. Bei sogenannter Conglutinatio orificii ut. kommt man mit der stumpfen Dilatation (Sonde oder Finger) eben so weit und zwar in allen Fällen, nicht nur bei den relativ seltenen Fällen, in welchen Verwachsung des Chorion mit der Innenfläche des Uterus eine Conglutinatio vortäuscht. Die Ausdehnung der Indikation auf Fälle, wie die von Herrn Dührssen vorgebrachten, scheint ihm weit über das Ziel hinauszuschießen. Bei ganz unvollkommen erweitertem Muttermunde und noch hoch, jedenfalls auch beweglich stehendem Kopfe die Incisionen vorzunehmen, um daran die sofortige Entbindung durch die Zange zu schließen, das ist ein Verfahren, welches alle bisher in der operativen Geburtshilfe geltenden Grundsätze geradezu über den Haufen wirft; und etwas Derartiges zu empfehlen, zumal auf noch ganz ungenügende Erfahrungen hin, hält O. für sehr bedenklich und gefährlich.

Was die Scheidendammincisionen betrifft, so ist O. bei rigiden Weichtheilen, besonders alter Erstgebärender, geneigt, dieselben zu versuchen. Wenn man beobachtet, wozu die Gelegenheit nicht selten ist, wie hochgradige Verletzungen bei rigiden Weichtheilen die Scheide in ihrer ganzen unteren Hälfte oft erleidet — Verletzungen, wie sie Freund so vorzüglich und wahrheitsgetreu geschildert hat — so kann man die großen Scheidendammincisionen des Herrn Dührssen nicht für irrationell oder besonders gefährlich halten, da sie ja einer zweckmäßigen chirurgischen Behandlung gewiss viel besser zugänglich sind, als die unregelmäßigen Lacerationen, wie sie bei spontanen und besonders bei Zangengeburten in solchen Fällen beobachtet werden. Die Incisionen bis in die obere Hälfte der Vagina oder gar bis in das Scheidengewölbe auszudehnen, dürfte gefährlich sein; denn wenn schon in dem vorgestellten Falle Herrn Dührssen's das Rectum lädirt wurde, so kann in anderen Fällen auch wohl einmal eine Eröffnung des Cavum Douglasii durch die dünne Scheidenwand hindurch eintreten.

Die Annahme Freund's und Dührssen's, dass beim gleichmäßig allgemein verengten Becken sehr häufig die Hypoplasie der Weichtheile es ist, welche die Geburt erschwert, beruht vielleicht zum Theil auf falscher Deutung der Befunde. Allerdings reißen die Weichtheile dabei sehr häufig ausgiebig ein und zwar an ganz bestimmten Stellen in typischer Weise. Sie reißen am Schambogen dort ein, wo der Ramus ascend. oss. ischii und R. descend. oss. pubis sich vereinigen und an der hinteren, seitlichen Scheidenwand über den Spinae oss. ischii. Der Grund liegt in der Thatsache, dass hier die Weichtheile straff an den Knochen geheftet sind und über dem Knochen sich nicht verschieben können. Das giebt dann bei verengtem Becken leicht zu schweren Läsionen Veranlassung, auch wenn die Weichtheile sonst normal sind.

Wenn Herr Veit glaubt, nur ein einziges Mal eine Zerreißung des Levator ani gesehen zu haben, so ist er zu beneiden. Nach Ansicht von O. reißt bei allen totalen Dammrissen, die den Sphincter ani oder gar die Rectovaginalwand mit betreffen, der Levator ani wohl mit ein und zwar in der Mittellinie, wo die von beiden Seitenwänden des Beckens kommenden Fasern sich vereinigen. Darum sieht man nach alten totalen Dammrissen auch so oft eine starke Lageveränderung des Anus als Folge des veränderten Muskelzuges, wie Herr Dührssen schon richtig bemerkt hat.

J. Veit: In Bezug auf die letzte Bemerkung unseres Herrn Vorsitzenden gestatten Sie mir wohl ein Wort; wenn ich von der großen Seltenheit der Durchreißungen des Levator ani sprach, so meinte ich damit diejenigen, welche durch den ganzen Muskel gehend das Cavum ischio-rectale mit eröffnen. Dass der Levator ani in einzelnen Fasern häufig angerissen wird, bezweifle auch ich nicht.

Herr Dührssen (Schlusswort). Meine Herren! Die Praktiker, die auf Ihre Warnungen vor den von mir empfohlenen Incisionen Gewicht legen wollten, würden sicher vor dieser schwierigen und gefährlichen Operation gewaltige Angst bekommen und ihre Anwendung niemals auch nur in Erwägung ziehen. Die Kollegen, die mich zu den letzten 4 Fällen hinzugezogen, hatten aber von der Ope-

ration einen ganz anderen Eindruck, nämlich den, dass die Incisionen ungefährlich und rasch auszuführen seien und eine spielend leichte Zangenextraktion ermöglichten. Wenn Herr Bokelmann davor warnt, die gynäkologische Polypragmasie in die Geburtshilfe einzuführen, so drehe ich den Spieß um und sage, die Geburtshilfe ist viel zu konservativ, sie hat noch lange nicht scharf genug diejenigen Konsequenzen der antiseptischen Lehren gezogen, die eine Erweiterung der geburtshilflichen Therapie zum Vortheil von Mutter und Kind gestatten. Die Geburtshilfe begnügt sich auch heut zu Tage noch mit halben Maßregeln, die nur schaden. Sie koncediren die oft ungenügenden oberflächlichen Incisionen in den Introitus und den Muttermund, die tiefen dagegen verwerfen Sie. Giebt es hierfür stichhaltige Gründe? Sie werden mir doch zugeben, dass eine unter antiseptischen Kautelen ausgeführte Incision so lang sein kann, wie nur möglich, ohne gefährlicher zu sein, als eine nur $^1/_2$ cm lange. Wenn ein Chirurg in unserer Versammlung wäre, so würde er sich sicher wundern, dass man mir in Betreff der von mir erprobten Incisionen solche Opposition macht. Als Gynäkologen schrecken Sie doch wahrlich nicht vor langen und tiefen Incisionen zurück. Weiter ist ein großer Theil der heutigen Reden geeignet, glauben zu machen, als ob es in der Geburtshilfe nur leichte Zangen gäbe, als ob bei derselben nie ein Dammriss zu Stande und nie ein Kind todt zur Welt käme. Woher rührt denn die doppelt so hohe Mortalität für die Mütter und Kinder bei den Geburten alter Iparae? — doch wohl vom Widerstand der Weichtheile. Diese doppelt so hohe Mortalität wird sich bei sachgemäßer Anwendung meiner Incisionen zur Norm herabdrücken lassen. Denn ich kenne überhaupt keine schwere Zange mehr, vorausgesetzt, dass der Kopf mit seinem größten Umfang bereits im Beckeneingang des normalen oder allgemein verengten Beckens steht resp. durch äußeren Druck sich so weit einpressen lässt. Wo Andere sich $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde lang mit der Zangenextraktion abmühen, mache ich ein paar glatte Schnitte und hebe den Kopf mit einer Traktion zum Becken heraus. Auf welcher Seite bleibt da das Accouchement forcé? Wie kann man ein paar glatte Schnitte, durch welche der Muttermund völlig erweitert wird und die Scheide vollständig aus einander klappt, Accouchement forcé nennen, wie Herr Veit es thut. Ein Accouchement forcé nenne ich die von Herrn Czempin und Herrn Winter soeben empfohlene Extraktion bei mangelhaft vorbereiteten Weichtheilen, bei denen das Kind leicht zu Grunde geht, ehe die durch die Extraktion bewirkten gefährlichen Zerreißungen des Muttermundes und der Scheide den Austritt des Kopfes gestatten. Die Arbeit von Münchmeyer aus der Leopold'schen Klinik sollte doch endlich zu der Überzeugung geführt haben, dass die Zange kein Dammschutzmittel ist, sondern mehr oder weniger selbst in geschickter Hand den Damm gefährdet. Von den vielfachen Quetschungen und kleineren Rissen in der Vagina, die bei meiner Methode gänzlich wegfallen, will ich gar nicht reden, ich möchte nur Herrn Veit gegenüber, wie das auch schon unser Herr Vorsitzender gethan, betonen, dass die von Freund geschilderten Fortsetzungen der Dammrisse, die Scheidenrisse, sehr häufig in den Levator ani hineinreichen, ja, dass nach den wichtigen, wie mir scheint, viel zu wenig beachteten Untersuchungen von Schatz der Levator ani auch subkutan zerreißen und so die gelungene Dehnung des unteren Scheidendrittels auch ohne äußere Wunde zu einem Prolaps führen kann. Herrn Bokelmann verweise ich auf die betreffende Abbildung in der »Gynäkologischen Klinik« von Freund. Dieselbe widerlegt direkt die von ihm aufgestellte Behauptung, dass meine Scheidendammincision eine größere Verletzung darstellt, als jemals mit der Zange gemacht wurde. Wenn der Kopf im Beckenausgang steht, mache ich, wie ich Herrn Bokelmann gegenüber versichern kann, auch nur Introitusincisionen. Die Behauptung von Herrn B., dass, wenn der Kopf höher steht, meine Incision nichts nützt, wird durch meine Fälle, so wie durch Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse genügend widerlegt. Wenn Herr B. die Dammrisse als eine solche gleichgültige Sache ansieht, so möchte ich doch betonen, dass ein nicht geheilter Dammriss 3. Grades eine Incontinentia alvi, eine nicht p. pr. geheilte Scheidendammincision nur ein Klaffen der Vulva bedingt. Wenn Herr B. behauptet, dass die wegen Zersetzung ins Uteruscavum eingeführte Jodoformgaze die zersetzten Sekrete am Abfluss hindert, so muss er überhaupt

noch niemals Jodoformgaze angewandt haben. Denn von der drainirenden Kraft der Gaze kann man sich doch sofort überzeugen, ganz abgesehen davon, dass dieselbe durch vielfache Publikationen jedem Chirurgen und Gynäkologen bekannt sein dürfte. Endlich bemerke ich Herrn B. gegenüber, dass ich diese Methode nur bei Zersetzung im Uteruscavum empfohlen habe. Wenn sich dieselbe mit einer Streptokokkeninvasion kombinirt, so wird man natürlich gegen die schon in die Blutbahnen gelangten Infektionskeime nichts mehr ausrichten können.

Von Herrn Olshausen und Herrn Winter ist meine Methode bei Eklampsie verworfen worden. Nun ist aber doch der oberste Grundsatz in der Behandlung der Eklampsie der, dass man die Entbindung so schnell wie möglich vornimmt. Ja, meine Herren! das steht doch auch im Schröder. Man kann nie wissen, wie ein Fall von Eklampsie selbst unter Narkose ablaufen wird — hat man daher ein schonendes Entbindungsverfahren — und das meinige ist ein solches — so entbinde man je eher desto besser. Man wird damit auch eine große Anzahl sonst verlorener Kinder retten. Die Incisionen bei Eklampsie nur so weit zu machen, wie Herr Olshausen empfiehlt, dass man mit der Hand sich durch den Muttermund zum Zweck der Wendung durchzwängen kann, halte ich im Vergleich mit meiner Methode für irrationell. Dies Verfahren stellt eine Reizung des Muttermundes dar und die Hälfte der Kinder geht dabei zu Grunde.

Bei meiner Behauptung, dass die Schwierigkeit der Zange beim allgemein verengten Becken von der Rigidität der Weichtheile abhängt, muss ich stehen bleiben. Wie erklären Sie sonst die wiederholt von mir konstatirte Thatsache, dass beim allgemein verengten Becken die vorher vergeblich versuchte Zangenextraktion leicht gelang, nachdem ich theils Cervix-, theils Scheidendammincisionen vorgenommen? Ich behaupte, dass in dem von mir vorgestellten Fall, wo die ganze Vagina ein excessiv enges und starres Rohr darstellte, ohne die genannten Incisionen die Zangenextraktion, mit welcher Zange es auch sei, Keinem gelungen wäre. In einem Fall von so bedeutender Rigidität, wie er allerdings wohl selten vorkommen dürfte, würde ich mich, wie ich mir Herrn Olshausen gegenüber zu bemerken erlaube, nicht davor scheuen, die Incision so weit nach oben, also bei der kurzen Scheide ev. bis zum Scheidengewölbe hinauf zu verlängern, bis keine größere Spannung des Vaginalrohres um den Kopf herum mehr vorhanden wäre. Nach dem Scheidengewölbe hin braucht die Incision nur noch das Vaginalrohr selbst zu durchsetzen, so dass mir eine Eröffnung des Douglas oder des Rectum nicht möglich erscheint.

Ich möchte mich weiter Herrn O. gegenüber verwahren, als ob ich an den über dem Becken stehenden Kopf die Zange anlegte. Ich lege dieselbe nur an, wenn es mir durch äußeren Druck gelingt, den Kopf mit seinem größten Umfang in den Beckeneingang hineinzupressen. Ferner habe ich in meiner Arbeit bei einfacher Conglutinatio zunächst den Druck, dann erst bei vorhandener Indikation zur Beendigung der Geburt oberflächliche und nur, wenn diese nichts nützen, tiefe Cervixincisionen empfohlen.

Herrn Winter gegenüber glaube ich meine Indikationsstellung rechtfertigen zu können. Es ist, wie Herr Gusserow schon bemerkte, schwer, über fremdes Material ein so apodiktisches Urtheil zu fällen. Wenn in Fällen, wo die Geburt nach dem Blasensprung schon lange dauerte, pathologische Veränderungen der kindlichen Herztöne oder Temperatursteigerungen der Mutter auftreten, so halte ich es, im Besitz eines leichten und ungefährlichen Entbindungsverfahrens für falsch, noch länger zu warten.

Wenn Herr Winter meine Empfehlung der prophylaktischen Wendung bei Iparae verwirft, so sind das Ansichtssachen. Ich stehe aber mit Schröder auf dem Standpunkte, dass ich auch bei Iparae wende, wo die Wendung leicht möglich ist. Ich gehe nur in so fern weiter als Schröder, indem ich auch die Mittel angebe, welche mir eine leichte und ungefährliche Wendung bei Iparae gestatten.

Da ich die tiefen Cervixincisionen für alle die Fälle empfohlen habe, in denen bei mangelhafter Eröffnung der Portio vaginalis eine Indikation zur Beendigung der Geburt auftritt, so ist die von Winter genannte Indikation, vorzeitige Lö-

sung der Placenta bei normalem Sitz, selbstverständlich in meine Empfehlung mi inbegriffen.

Wenn Herr Winter das Becken für ein plattes, aber im Beckenausgang ver engtes Becken erklärt, so möchte ich zu bedenken geben, dass bei einfach platten Becken eine Verengerung des queren Durchmessers des Beckenausgangs um min destens 2 cm doch wohl nicht vorkommt. Für ein allgemein verengtes Becke spricht außerdem die auffallend leichte Bestreichbarkeit der Beckenwände und de Eintritt des Kopfes mit sehr stark gesenkter kleiner Fontanelle.

Herrn Carsten entgegne ich, dass nur in einem meiner Fälle eine Infektio der Dammwunde, und zwar eine sekundäre, erfolgte. Die üblen Folgen der Se kundärnaht, von denen Herr C. spricht, sind weder in diesen, noch in einem frühe beschriebenen Falle aufgetreten. Vielmehr sind nur ganz feine Narben am Damm und in der Scheide zurückgeblieben und Beschwerden haben durchaus gefehlt Dass eine völlige Restitutio ad integrum erfolgte, beweist speciell bei den Fälle von einseitiger Incision der Umstand, dass der vorher nach der Seite abgewichene Anus wieder in die Mitte gerückt ist. Diese alten Narben im Beckenboden machen wie das auch Herr Olshausen andeutete, nur Symptome, wenn durch sie der Levator ani dislocirt ist.

Herrn Glöckner gegenüber bemerke ich, dass ich die tiefen Cervixincisionen bei Placenta praevia durchaus nicht zum Zweck der Blutstillung empfohlen habe — diese ist mir mit der kombinirten Wendung allein stets gelungen —, sondern nur im Interesse des Kindes, um an die Wendung sofort die Extraktion anschließen zu können. Dass es bei Placenta praevia aus den tiefen Cervixincisionen stark bluten wird, wie Herr Winter meint, glaube ich nicht. Die 2 Fälle von erheblicherer, aber nicht lebensgefährlicher Blutung bei Placenta praevia, die ich aus der Praxis von Kollegen gesehen, betrafen Risse, die weit über den Ansatz der Scheide hinausgingen. Die kombinirte Wendung als meinem Verfahren überlegen hinzustellen, wie das von mehreren Rednern geschehen, halte ich überhaupt für durchaus verfehlt. Bei der kombinirten Wendung stirbt die Hälfte der Kinder ab, bei meinem Verfahren werden die meisten Kinder gerettet. Die Antisepsis gestattet eben eine Erweiterung der Indikationsstellung in der Geburtshilfe, welche das kindliche Leben weit mehr berücksichtigt, als es bisher geschehen. Wir stehen im Beginn einer neuen Ära in der Geburtshilfe — der chirurgischen. Ich bin fest davon überzeugt, dass die beiden von mir angegebenen Operationen sich bald ihren vollgültigen Platz unter der Reihe der geburtshilflichen Operationen erringen werden, zumal da mir bereits von so autoritativer Seite, von Herrn Gusserow und Herrn Olshausen, die Berechtigung derselben für gewisse Fälle zugestanden ist.

Nachträglich giebt Herr Dührssen Folgendes zu Protokoll: In der Diskussion über meinen Vortrag erwähnte ich, dass auch nach Schröder die erste Indikation bei der Eklampsie in der möglichst frühen Entbindung besteht. Ich erfuhr damals Widerspruch. Aus diesem Grunde möchte ich darauf aufmerksam machen, dass thatsächlich im Schröder'schen Lehrbuch (9. Aufl. p. 728, 10. Aufl. p. 720) die Entbindung empfohlen wird, sobald sie ohne forcirte Operation zu machen ist. Bei meiner Operation fällt durch ein paar glatte Schnitte jeder Widerstand und damit auch jeder Gegengrund weg. Dass ein paar glatte Schnitte eine forcirte Operation darstellen, wird wohl Niemand behaupten wollen. Ich konstatire daher, dass ich mich durchaus zu Recht auf das Schröder'sche Lehrbuch bezogen habe.

---

5) **Mendes de Léon.** Laparotomien.

(Nederl. tijdschr. v. Geneeskunde 1888. No. 2.)

Weil in der Litteratur über die Operationen zur Entfernung der Uterusadnexa bei den verschiedenen Autoren wenig Einstimmigkeit herrscht in Betreff ihrer Nomenklatur, so bemerkt de L. im Voraus, welchen Begriff er für sich an die in dieser Verhandlung vorkommenden Benennungen der Operationen knüpft.

Für den Verf. ist eine

a) Ovariotomie: das Entfernen der Ovarien, wenn diese der Sitz größerer oder kleinerer Geschwülste sind;

b) Kastration: die Exstirpation der Uterusadnexa (immer doppelseitig) mit dem Zwecke, Klimax praematurus zu erwecken;

c) Salpingo-Oophorektomie: die Entfernung von Tuben sammt Ovarien bei krankhaftem Zustande dieser Organe (mit Ausnahme der zu a gehörenden Fälle).

Verf. theilt 12 Fälle von Laparotomie mit. Das in seiner Klinik übliche Desinfektionsverfahren ist das bekannte. Zum Zurückhalten der Därme benutzt er in einer erwärmten Sublimatlösung (1 : 2000) getränkte Jodoformgazekompressen. Wenn sich die Därme schwer zurückhalten lassen, empfiehlt er die von Trendelenburg zum Entfernen von Blasentumoren bei Sectio alta angegebene Methode. Hierdurch schlüpfen die Därme nach dem Diaphragma zurück, wodurch die Organe im kleinen Becken alle recht deutlich sichtbar werden. Auch beim Palpiren und der kombinirten Untersuchung leistete dieses Verfahren de L. gute Dienste.

Seine Verbandmethode ist sehr einfach. Das Peritoneum wird nicht einzeln genäht. Auf die Bauchwunde werden nur Jodoformgaze und Charpiebäusche gelegt, welche von einer Breisky'schen Leibbinde zusammengehalten werden.

I. Oophoritis und Perioophoritis chronica bei einer 35jährigen Multipara. Seit ihrer letzten Entbindung vor 7 Jahren Schmerzen rechts, Leukorrhoe. Ab und zu hystero-epileptische Anfälle beim Eintreten der Perioden. Vor $1^1/_2$ Jahre von ihrem Ehemann gonorrhoisch inficirt. Das linke Ovarium war nicht zu palpiren, das rechte war vergrößert und prolabirt.

Am 18. November 1885 Laparotomie. Rechtes Ovarium stark adhärent an der Beckenwand und den Därmen. Die Tube verdickt und hyperämisch, mit dem Ovarium exstirpirt. Der Stiel doppelt ligirt, wird mit dem Paquelin abgebrannt. Das linke Ovarium normal, wird zurückgelassen. Nach 3 Monaten bekam sie wieder die Menses. Seitdem menstruirt sie regelmäßig weiter. November 1887 untersuchte de L. sie wieder und wurde eine 4monatliche Gravidität diagnosticirt.

II. Perimetritis. Eine Ipara klagte seit ihrer Entbindung über linksseitige Bauchschmerzen. Bei der 5 Monate nachher vorgenommenen Untersuchung ließ sich links neben dem Uterus eine hühnereigroße, wenig bewegliche, ziemlich derbe, zweifelhaft fluktuirende Geschwulst palpiren. Ovarium nicht zu fühlen.

Behufs Sicherstellung der Diagnose und zur Hebung der Schmerzen wurde die Operation beschlossen. Die Geschwulst befindet sich im linken Lig. latum, durch Adhäsionen fest verbunden mit den Därmen und der Umgebung. Da es nicht möglich war, sie loszupräpariren, so wurde der Tumor in situ gelassen. Der Verlauf war ganz glatt. Ihre Beschwerden sind bedeutend geringer als zuvor. Als de L. sie 6 Monate nachher untersuchte, war der Tumor vollständig verschwunden und ließ sich das Ovarium durchfühlen.

III. Cystoma ovarii bilateralis bei einer 36jährigen Virgo. Laparotomie 9. Februar 1887. Es zeigen sich in der Bauchwunde zwei vom Uterus getrennte Tumoren. Der obere war eine 3 Liter enthaltende Cyste des linken Ovarium mit einer von einer serösen Flüssigkeit stark ausgedehnten Tube. Der Stiel wurde mit 3 Seidensuturen und einer Massenligatur unterbunden. Der untere Tumor war eine intraligamentär entwickelte Cyste des rechten Ovarium; der 10 cm breite Stiel wurde in 6 Ligaturen gefasst und unter diese noch eine elastische Ligatur angelegt. Vom 6.—9. Tage Metrostaxis, sonst war der Verlauf günstig. Nach 3 Monaten stellten sich die Perioden ein, welche regelmäßig vierwöchentlich wiederkehren.

IV. Hämatosalpinx. Eine vor 12 Jahren entbundene Ipara wurde seit längerer Zeit behandelt wegen Endometritis chronica. Der Uterus war retroflektirt. Alle Reponirungsversuche fehlten. Rechtes Ovarium prolabirt, sehr schmerzhaft.

Nach einem Jahre trat sie wieder in die Klinik, stark anämisch und über heftige Schmerzen im Unterleibe klagend. Uterus wie zuvor; von den Adnexa war rechts nichts zu fühlen, aber statt dieser ein faustgroßer und deutlich fluktuirender, mit dem Uterus zusammenhängender Tumor, das kleine Becken größtentheils ausfüllend. Der Tumor zeigte sich sehr schmerzhaft bei Druck. Die Diagnose schwankte zwischen Hämatosalpinx, Hämatocele extraperitonealis und

Haematoma ovarii. Per exclusionem wurde die Diagnose wahrscheinlich auf Hämatosalpinx gestellt und bei der Operation bestätigt. Nach Entfernung des blutigen Inhaltes wurden die Wundränder der Geschwulst an die Ränder des Peritoneum parietale geheftet und die Wundhöhle drainirt. 14 Tage post operat. bekam die Pat. eine Pleuritis exsudativa. Nach 4 Wochen wurde sie geheilt entlassen.

V. Cystofibroma ovarii. Eine 49jährige Vpara kam mit Klagen über Prolaps in Behandlung. Bei Exploration wurde außerdem ein linksseitiger Ovarialtumor gefunden, von dem sie nichts wusste. Bei der Laparotomie zeigte sich dieser beinahe vollständig intraligamentär. Da ein Stiel fehlte, wurde das obere Blatt der Serosa indicirt und der Tumor ausgeschält. Jodoformgazetamponade. 5 Wochen post operat. war die Wunde geschlossen und erholte sich die Pat. bald.

VI. Teratoma ovarii bei einer 32jährigen VIIpara. Uterus nicht vergrößert. Linkes Ovarium normal. Rechts ein apfelgroßer Tumor, beweglich mit dem Uterus verbunden, fluktuirend und sehr schmerzhaft. Lateralwärts dieses Tumors ein kleiner, fester, ohne Stiel mit dem größeren zusammenhängend. Bei der Probepunktion per vaginam wurde eine eiterähnliche Flüssigkeit aspirirt, beinahe ausschließlich aus Fett bestehend. Diagnose: Dermoidcyste. Am 3. Januar 1887 Laparotomie. Nach 3 Wochen geheilt entlassen.

VII. Carcinoma colli uteri gravidi. Sectio caesarea. de L.'s Hilfe wurde in Anspruch genommen bei einer 32jährigen VIIgravida, welche seit 2 Stunden in partu war und eine starke Blutung hatte. Die Frucht in 1. Position, Kopflage. Die Portio vaginalis, an welcher sich kein Ostium externum mehr erkennen lässt, ist knollig, hart, ihre Umgebung stark infiltrirt, der Halskanal ist rigide und lässt kaum den Finger zu. Das Fruchtwasser war schon abgegangen, die Wehen waren kräftig. Als sich bis Abends 10 Uhr noch nichts geändert hatte, wurde zur Erhaltung des Kindes der Kaiserschnitt beschlossen. Um 11 Uhr Sectio caesarea. Das 2500 g schwere asphyktische Kind wurde rasch extrahirt. Uterusnaht nach der von Sänger modificirten Methode. Der Uterus kontrahirte sehr gut. Anfangs verlief es ganz glatt, doch am 3. Tage fing Pat. an, über Bauchschmerzen zu klagen. Am 5. Tage Meteorismus. Temperatur 38,6. Pulsus parvus. Nachts Collaps. Exitus letalis. Die Obduktion wurde verweigert. Nach 14 Tagen ist das Kind an Pädatrophie verschieden.

Statt der bis jetzt mehr üblichen Kraniotomie bei Carcinoma colli wird vom Verf. die Sectio caesarea empfohlen, wenn es sich in solchen trostlosen Fällen nur darum handelt, das Leben des Kindes zu retten.

VIII. Abscessus retroperitonealis. Obgleich dieser Fall strictu sensu nicht zu den Laparotomien gerechnet werden darf, so ist er doch der diagnostischen Schwierigkeiten wegen von Interesse.

Anfangs als ein Ovarialabscess imponirend, entpuppte sich ein subseröser Abscess der Fossa iliaca, wie man schon zuvor vermuthet hatte.

II.

In diesem Theile behandelt de L. die Uterusmyome und lässt eine kurze historische Skizze der Myombehandlung vorangehen nebst einer kritischen Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden.

Beim Durchlesen der publicirten Fälle hatte Verf. den Eindruck bekommen, dass öfter die persönliche Auffassung des Gynäkologen eine zu große Rolle spielt in der Bestimmung des Operationsverfahrens. Martin z. B. will nur kastriren, wenn mit der Myotomie unüberwindliche Beschwerden verbunden sind, und L. Tait im Gegentheil schreibt »I have unhesitatingly condemned hysterectomy and I never should perform it, if I possibly could avoid it.«

de L. will — und freilich ganz mit Recht —, dass die vom Tumor ausgehenden klinischen Symptome (Blutungen und Drucksymptome) entscheiden sollen, ob man eine Kastration oder eine Myotomie zu machen hat. Wenn bei den submukösen (nicht gestielten) Myomen die Adnexa stark hyperämisch und geschwollen, ja selbst die Ovarien öfters bedeutend vergrößert und cystisch degenerirt sind, und dieser Befund also einen kausalen Verband nachweist für die klinischen Symptome

in utero, so hält er für diese die Kastration indicirt, mit welcher man nicht nur einer Indicatio morbi, sondern vielleicht auch einer Indicatio causalis gemäß handelt.

Für die subserösen und interstitiellen Myome, wie für die Cystofibromata uteri hält er nur die Myotomie für die einzig richtige Therapie, nämlich wenn die Beschwerden sie nothwendig machen.

Seine Kasuistik enthält 4 Fälle.

IX. Bei einer 42jährigen, seit 5 Jahren an Blutungen leidenden Dame hatte sich ein hauptsächlich von der Hinterwand und Fundus ausgehendes Myom entwickelt. Rechtes Ovarium vergrößert. Linkes Ovarium nicht zu palpiren. Laparotomie. Weil die vorfallenden Därme und mehrere mit dem großen verbundene kleinere Tumoren es sehr beschwerlich machten, die Adnexa zu finden und in die Wunde zu führen, so wurde Trendelenburg's Methode angewendet, worauf es sehr gut gelang. Die stark geschwollenen und hyperämischen Tuben wurden sammt den adhärirenden und vergrößerten Ovarien (das rechte ist in eine gänseeigroße, mit schwarzem Blut gefüllte Cyste entartet) exstirpirt.

Der Verlauf war ganz glatt. Ein Jahr nachher war Pat. noch immer von Blutungen befreit und mit Ausnahme einzelner hysterischer Symptome gesund.

X. Myoma uteri subserosum bei einer 37jährigen, seit mehr als 2 Jahren an Blutungen leidenden Virgo. Der Uterus steht 3 cm über der Symph. pub. Kastration. Das rechte Ovarium stark adhärent, das linke, vergrößert, enthält eine taubeneigroße Cyste mit einer dunkelbraunen, vertrockneten, zerbröckelnden Masse. Die beiden Tuben sind geschwollen und hyperämisch. Während der ersten 8 Tage geringer Blutverlust. Bei einer 15 Monate post operat. vorgenommenen Untersuchung war der Tumor vollständig verschwunden und hatten sich die Perioden nicht mehr eingestellt.

XI. Fibromyoma uteri intermurale bei einer 43jährigen Virgo. Laparotomie am 10. Oktober 1887. Der ganze Uterus, speciell die Hinterwand, scheint sich in der Neubildung zu theilen. Nach elastischer Ligatur wird der mannskopfgroße Tumor sammt den Adnexen entfernt. Stielbehandlung nach Schröder, nur wird die elastische Ligatur zur Sicherung eventueller Nachblutung in der Peritonealhöhle gelassen.

Am 12. Tage post operat. bemerkte man, dass es zu einer Darmvaginalfistel gekommen war, welche sich nach 2 Monaten schloss. Wie diese entstanden ist, lässt sich nicht erklären, da hier von einer Einschnürung einer Darmschlinge beim Ligiren keine Rede sein kann. Muthmaßlich ist zwischen dem Stumpf und einer naheliegenden Darmschlinge eine adhäsive Entzündung entstanden und hat eines der Enden der Ligatur allmählich die Darmwand perforirt. Dieses beweist also, dass man nicht immer die elastische Ligatur ohne etwaigen Nachtheil in der Peritonealhöhle zurücklassen kann.

XII. Fibromyoma uteri subserosum. Es handelte sich um eine 30jährige Nullipara mit einem festen, bis 3 cm unter den Proc. xiphoideus hinreichenden Tumor, welcher mit einem dicken Stiele am Uterus verbunden war. Laparotomie am 17. Februar 1888. Die Uterusadnexe sind links breit am Tumor adhärirend, das Ovarium ein wenig vergrößert. Im linken Lig. latum eine kleine dünnwandige Cyste, mit seröser Flüssigkeit gefüllt. Provisorische, elastische Ligatur des breiten Stieles. Stumpfbehandlung nach Schröder. Die Adnexe werden nicht entfernt. Der Verlauf war ganz glatt. 3 Wochen nach der Operation wurde Pat. geheilt entlassen.

A. Mijnlieff (Breukelen).

6) **C. H. Stratz** (Batavia). 1) Erste Serie von 10 Laparotomien. 8 Heilungen, 2 Todesfälle. 2) Tumor ovarii malignus. Laparotomie und partielle Exstirpation. Genesung. 3) Einseitige Hämatometra und Hämatosalpinx. Laparotomie. Genesung. 2 Tafeln.

Deutsche Separatabdrücke aus Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië. Deel XXIX.

Die drei von S. operirten Fälle von Extra-uterin-Gravidität sind bereits von ihm in diesem Blatt 1889 No. 48 p. 827 veröffentlicht. Es wurden noch operirt die unter

2) und 3) kurz beschriebenen Fälle. Bei dem letzteren war die Diagnose auf multiples subseröses Fibromyom gestellt worden. Bei der Laparotomie musste zunächst das rechte Ovarium abgetragen werden, dann wurde das rechte straff gespannte Lig. rotundum unterbunden und durchschnitten. Nach der Unterbindung der linken Haematosalpinx und der zugehörigen Adnexe, wurde der pralle, die Scheide ganz ausfüllende Tumor von der Scheide aus punktirt und es kam das typische chokoladenbraune Blut zum Vorschein. Abtragen der linken Adnexe und des linken Hämatosalpinx. Das Blut des Hämatosalpinx stammt, wie die mikroskopische Untersuchung zeigte, aus der Tube. Dagegen lässt sich in der im Stadium der beginnenden Menstruation entfernten rechten Tube kein Blut nachweisen. S. tritt für die Laparotomie bei der Behandlung des Hämatosalpinx ein, die traurige Prognose bei der Punktion von der Scheide aus — nach Bandl 85% Mortalität in Folge von Sepsis und innerer Verblutung — wird dadurch wesentlich gebessert.

Die übrigen Fälle sind folgende:

Cystis vesicae felleae, Cholecystotomie, Annähen des Sackes an die Bauchwand, Jodoformgazetamponade der dilatirten Gallenblase, die 2 Liter hellseröse Flüssigkeit enthielt. Heilung.

Multilokuläre rechte Ovarialcyste, Myoma uteri. Letzteres, subserös entwickelt, ist gut gestielt, walnussgroß. Heilung.

Eine intraperitoneal behandelte Myomotomie heilte. Ein während der Operation geplatzter Pyosalpinx, wobei Eiter in die Bauchhöhle floss, endete am 4. Tage tödlich.

Linksseitige breit ins Lig. latum gehende Ovarialcyste wegen gleichzeitiger Retroflexio uteri Befestigung des Stumpfes extraperitoneal in der Bauchwand. Heilung.

G. Middeldorpf (Breslau).

7) **M. Deis.** Über Mastitis parenchymatosa.

Inaug.-Diss., Heidelberg, 1889. 28 S.

Es erkrankten 3,6% der Wöchnerinnen, vorwiegend Erstgebärende. In der Hälfte der Fälle gingen Schrunden voraus; die Krankheit beginnt meist am 8.—10. Tage, dauert 3—5 Tage. Eiter lässt sich am 1. und 2. Tage aus den Milchgängen entleeren, die Eiterung besteht nur wenige Tage. Ergriffen ist meist der äußere und untere äußere Drüsenlappen, die Temperaturen schwanken zwischen 38—40. Das Maximum fällt auf den ersten Krankheitstag.

G. Middeldorpf (Breslau).

8) **C. E. Schabbel.** Über die Merkurialbehandlung gewisser puerperaler Entzündungsformen des Uterus und seiner Adnexa.

Inaug.-Diss., Heidelberg, 1889. 38 S.

41 Fälle, welche in folgender Weise behandelt wurden: Abführmittel, dann Kalomel 0,3 2mal täglich. Am folgenden Tage 0,05 6mal täglich. Bei sehr intensivem Druckschmerz, oder wenn die Temperatur durch das Kalomel unbeeinflusst blieb, endlich bei zu starken Durchfällen, wurde Kalomel weggelassen und 2—8 g Ung. cin. in die Extremitäten eingerieben; diese Behandlung wurde bis zum Eintritt von Stomatitis fortgesetzt. Bei den schweren Infektionen — Metrophlebitis mit Pyämie, Peritonitis univers. Septikämie — hatte die Behandlung keinen Erfolg, von 4 derartigen Fällen wurde nur eine Pyämie nach 32 Schüttelfrösten und Lungenmetastasen erhalten. Von den restirenden 37 Fällen war ein prompter Erfolg nur in 21 Fällen zu konstatiren, davon waren aber noch 5 Fälle mit intrauterinen Spülungen behandelt worden, denen Ref. einen mehr als »symptomatischen« Werth beilegen möchte.

G. Middeldorpf (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Ohlauer Stadtgr. 16 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 17. **Sonnabend, den 26. April.** **1890.**

Inhalt: I. **R. Müller,** Beobachtungen über den Einfluss der Influenza auf den weiblichen Sexualapparat. — II. **A. Kaschkaroff,** Über einen erfolgreichen Fall von Laparotomie bei außergewöhnlich groß entwickelter Nierencyste, entstanden durch Pyelonephritis der rechten Niere. (Original-Mittheilungen.)

1) **Trendelenburg,** Hochlagerung des Beckens. — 2) **Brunner,** Katgutinfektion. 3) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien. — 4) IV. Französischer Chirurgenkongress. — 5) **Quisling,** Prolapsus uteri completus bei einer Neonata. — 6) **Lucas-Championnière,** Statistik von 2 Jahren.

I. Beobachtungen über den Einfluss der Influenza auf den weiblichen Sexualapparat.

Von

Dr. Rudolf Müller,

Frauenarzt in München.

Angeregt durch die diesbezüglichen Veröffentlichungen von Gottschalk (Centralbl. f. Gynäkologie 1890 No. 3) und gestützt auf 51 Fälle möchte ich im Folgenden die Ergebnisse der von mir während der in München herrschenden Influenzaepidemie angestellten Beobachtungen mittheilen.

Ich war zunächst durch spontane Bemerkungen von Seiten meiner Pat. zu Nachforschungen veranlasst worden, ob der allenthalben angegebene Eintritt der »Periode« ein rein zufälliger oder ein mit der Influenza in Zusammenhang stehender sei. Bei diesen Untersuchungen gelangte ich zu der Überzeugung, dass die Influenza unbedingt als Ursache hierfür anzusehen sei, denn es fehlte überall das charakteristische Merkmal der Periode, nämlich der an eine bestimmte Zeit gebundene Eintritt der Blutung.

Fälle, in denen die Erkrankung in die Zeit der Menstruation gefallen wäre, wie sie Anton in seinen »Beobachtungen über Influenza« aus dem Juliushospital zu Würzburg (Münchener med. Wochenschrift 1890 No. 3) erwähnt, habe ich leider keine aufzuführen, ich kann desshalb auch nicht entscheiden, ob, wie Anton

glaubt, weibliche Personen während der Menses für Influenzainfektion empfänglicher sind als sonst.

Es handelte sich, wie Gottschalk ganz richtig sagt, um wirkliche Metrorrhagien, nicht Menorrhagien, also um profuse Blutungen, welche nicht zur gewöhnlichen Zeit des Auftretens der Menses, sondern außerhalb derselben und meist in den ersten Tagen des Beginns der Influenza, in einem Fall 2 Tage vor dem Erscheinen der Influenzasymptome, auftraten.

Charakteristisch für diese Blutungen war der Umstand, dass sie sehr protrahirt waren, so wie dass Extract. hydr. canadensis (3mal 25 Tropfen) eben so wie heiße Einspülungen so ziemlich wirkungslos waren; auch Secale cornutum in der gewöhnlichen Dosirung wirkte zu schwach.

Das Sistiren dieser Metrorrhagien stand mit dem Verschwinden der Influenzasymptome nicht im Zusammenhang; im Gegentheil: die Blutung dauerte, meist auch in der gleichen Intensität, in der Rekonvalescenz und auch da, wo gar keine Beschwerden mehr bestanden, tagelang nach dem Ablauf der Erkrankung an.

Darüber, ob die Intensität der Influenza mit der Intensität der dazu gehörigen Metrorrhagie im gleichen Verhältnis steht, konnte ich in den mir zu Gebote stehenden 45 Fällen nichts Bestimmtes nachweisen. Ich möchte eher behaupten, dass alle Metrorrhagien gleich stark waren, gleichgültig ob Symptome einer schweren Influenzaerkrankung vorhanden waren oder nicht.

Was die subjektiven und objektiven Befunde betrifft, welche bei diesen Metrorrhagien zu konstatiren waren, so müssen dieselben in 2 Kategorien unterschieden werden, 1) in solche, welche sich bei bisher nicht genitalkranken und 2) in solche, welche sich bei bisher an Abnormitäten etc. des Sexualapparates leidenden Personen vorfanden.

Bei den bisher nicht genitalkranken Pat. waren subjektive Beschwerden, wie sie bei den seither an Erkrankung des Sexualapparates Leidenden in der Gestalt von Kreuzschmerzen, Harndrang etc. existirten, nicht vorhanden. Die Metrorrhagie war hier aufgetreten — mit Ausnahme eines einzigen Falles — ohne jedes bemerkenswerthe subjektive Symptom.

Die hier in Rede stehende Ausnahme betraf eine 30 Jahre alte, unverheirathete Dame, bei welcher sich, obwohl sie früher nie an Asthma gelitten, mit dem Beginn der Influenzainfektion plötzlich heftige asthmatische Anfälle einstellten; dieselben wurden — nach Angabe der Pat. — geringer und die Athmung leichter, als Blutabgang aus den Genitalien auftrat. Die Betreffende war nie genitalkrank und zeigte auch bei der nach ihrer Gesundung vorgenommenen Genitaluntersuchung, eine geringe Kolpitis abgerechnet, nichts Abnormes.

Die objektiven Befunde bei den bisher nicht genitalkranken Pat. bestanden hauptsächlich in beträchtlicher Schwellung des Uterus. (Bemerken muss ich hierbei, dass ich selbstredend einige Zeit nach Ablauf der Metrorrhagien die Pat. zur Kontrolle nochmals gynäkologisch untersuchte.) Der Uterus fühlte sich weich und locker an und war gegen Druck und Berührung meistens sehr empfindlich. Sondirungen konnte ich leider bei dieser Kategorie von Pat. nicht vornehmen, da dieselben die Benutzung der Sonde stets ablehnten. — Die Adnexa waren stets gesund.

Was die zweite Kategorie meiner an Influenza erkrankten Pat., nämlich die schon früher wegen Sexualleiden von mir Behandelten betrifft, so entsprachen die

bei diesen erhobenen Befunde mit Ausnahme der subjektiven im Großen und Ganzen den bei der ersten Kategorie gewonnenen Resultaten.

Die subjektiven Erscheinungen der Influenzametrorrhagien äußerten sich außer in Kreuzschmerzen, Harndrang etc. meist in einer Verschlimmerung des bereits bestehenden Sexualleidens, so in bedeutender Erhöhung der bereits bestehenden Schmerzen. Außerdem hatten auch hier in einem Fall asthmatische Beschwerden den Eintritt der Metrorrhagie begleitet.

Die betreffende 28 Jahre alte Pat. war seit Jahren unterleibsleidend. Ich fand bei ihr, als ich sie im Januar d. J. das erste Mal untersuchte, eine Retroflexio II. Grades, starke Endometritis und Parametritis. Pat., welche früher nie an Asthma gelitten, bekam plötzlich sehr heftige derartige Anfälle, welche, wie sie erzählte, sofort sistirten, als die Blutung sich einstellte.

Die objektiven Befunde dieser Metrorrhagien bestanden hauptsächlich in erhöhter Temperatur der Scheide, größerer Schwellung der Cervix und des Uterus — zweimal wurde auch wirkliche Vergrößerung des Uterus mit der Sonde konstatirt — und erhöhter Empfindlichkeit dieses Organs. Die Empfindlichkeit war in einzelnen Fällen so bedeutend, dass schon das einfache Betasten des Uterus den Pat. heftige Schmerzen verursachte. — Veränderungen an den Ovarien waren mit Ausnahme eines einzigen Falles nicht nachweisbar.

In diesem einen Falle handelte es sich um eine Oophoritis dextra, welche zugleich mit einer Endometritis, Parametritis und Retroflexio I. Grades seit 3 Jahren bestand. Die Pat., welche wegen ihres Sexualleidens seit December 1889 von mir behandelt wurde, erkrankte im Januar d. J. an der Influenza. Mit dem Beginn dieser Erkrankung waren die bisher bestehenden Schmerzen im rechten Parametrium plötzlich ungemein heftig geworden und hielten in der gleichen Intensität trotz der angewendeten Eisumschläge ca. 5 Tage an, obwohl die Influenzasymptome, welche überhaupt nicht heftig gewesen waren, bereits am 3. Tage verschwunden waren. Bei der Untersuchung fand sich eine merkbare Vergrößerung des betreffenden, allerdings bisher auch etwas vergrößerten, Ovarium gegen sonst. Bei dieser Pat. war die Metrorrhagie 2 Tage vor Beginn der Influenza eingetreten.

Im Gegensatz zu diesem Fall stehen 4 Fälle von bestehender Oophoritis, wo allerdings auch stärkere Schmerzen mit dem Beginn der Influenza vorhanden waren, wo aber eine Vergrößerung der Ovarien gegen sonst nicht nachgewiesen werden konnte.

Sondirungen konnte ich bei dieser Kategorie von Pat. immer vornehmen, während bei den sonst nicht sexualkranken Frauen solche nie gestattet wurden. Der letztere Umstand war mir leid, denn bei allen denen, die ich demnach sondiren konnte, bestanden von früher her meist abnorme Größenverhältnisse des Uterus, so dass meine hier gewonnenen Sondenmaße als nicht einwandfreie unbrauchbar sind. Nur in 2 Fällen, kann ich mit Bestimmtheit sagen, fand ich eine wirklich auffallende Vergrößerung des Uterus.

Der eine der hierher gehörigen Fälle ist auch aus verschiedenen anderen Gründen interessant, besonders desshalb, weil er den Zusammenhang zwischen Influenza und Metrorrhagie recht deutlich beweist, so dass ich denselben besonders anführen darf.

Bei der in Frage kommenden 23jährigen unverheiratheten jungen Dame hatte sich Metrorrhagie innerhalb 5 Wochen 3mal eingestellt und zwar jedes Mal in gleicher Stärke, wenn auch nicht in gleicher Dauer. Der Eintritt der Metrorrhagie fiel jedes Mal mit einem gleichzeitigen Influenzarückfall, welchen die Pat. 2mal erlitt, zusammen. Pat. unternahm nämlich, sich hergestellt fühlend, eine Reise nach Berlin, auf welcher sie sich eine Verkältung und mit dieser einen Rückfall zuzog. Mit dem Eintritt des Rückfalls bestand auch sofort wieder Metrorrhagie. Und als Pat. auf der Heimreise nach München den zweiten Rückfall erlitt, stellte sich ebenfalls sofort wieder die Metrorrhagie ein. Die Metrorrhagien waren jedes Mal sehr profus und schwächten die sehr grazile Pat. ungemein. Sie sistirten langsam erst auf Secale cornutum, nachdem Extract. hydr. canadensis wirkungslos geblieben war. Zu berücksichtigen ist allerdings bei dieser Pat., dass dieselbe ein-

gestandenermaßen seit 10 Jahren masturbirte, so dass der Sexualapparat hier an und für sich schon weniger widerstandsfähig sein dürfte. Der Uterus zeigte sich bei der Sondirung um 2,5 cm gegen sonst vergrößert.

Ähnlich ist es bei einer anderen 19jährigen unverheiratheten Dame gewesen, welche, bisher unregelmäßig menstruirend, seit Oktober 1889 an Amenorrhoe leidet. (Es konnte bei der im November vorgenommenen Untersuchung Chlorose nicht konstatirt werden, dagegen fand sich Metritis chronica.) Dieselbe bekam mit dem Eintritt der Influenza eine sehr starke Blutung (Abortus ist auszuschließen), welche nach 8tägiger Dauer von selbst sistirte. 10 Tage danach, während welcher Zeit Pat. sich völlig hergestellt fühlte, erlitt sie einen Rückfall, mit welchem sich sofort wieder die Metrorrhagie einstellte. Diese Blutung hielt 12 Tage an.

Die bisher beschriebenen Beobachtungen habe ich an 45 Pat. gemacht. Ihnen gegenüber stehen nur 3 Fälle, wo keine Metrorrhagien aufgetreten sind. Aber unter diesen 3 Fällen sind meines Erachtens 2 als nicht ganz einwandfreie auszuschließen, so dass eigentlich nur 1 Fall zu den bisher angeführten 45 im Gegensatz steht.

Von diesen 2 nicht ganz einwandfreien Fällen kommt der eine vielleicht deshalb weniger in Betracht, weil es sich in demselben mehr um ein Kind, als um eine erwachsene Person handelt. Die betreffende Pat. ist allerdings schon 16 Jahre alt, stellt aber ein hoch aufgeschossenes, äußerst mageres und schwächliche Konstitution zeigendes Mädchen dar, das in seiner Entwicklung ganz den Eindruck eines Kindes macht (Pubes und Mammae nicht entwickelt). Die Menstruation, welche bei der Pat. erst seit nicht ganz Jahresfrist vorhanden ist und sich nur alle 2—3 Monate einstellt, ist stets sehr schwach und nur von eintägiger Dauer. Während der 8 Tage unter ziemlich hohem Fieber bestehenden Influenza war keine Blutung aufgetreten. — Die Frage, ob nicht am Ende doch eine Schwellung und Empfindlichkeit des Uterus vorhanden gewesen, ist leider nicht zu beantworten, da ich eine Genitaluntersuchung nicht vornehmen konnte.

Der andere hierher gehörige Fall ist meines Erachtens aus dem Grunde nicht in Gegensatz zu den 45 Fällen zu stellen, weil bei ihm für die ausgebliebene Metrorrhagie gewissermaßen ein Ersatz eingetreten ist, der eben so wie die bei den 45 Fällen vorhandenen Metrorrhagien auf Rechnung der Influenza zu setzen ist.

Eine junge Erstgebärende, welche vor 12 Wochen geboren hatte und ihr Kind selbst stillte, war unter schweren Symptomen an Influenza erkrankt. Gleichzeitig stellte sich mit dem Auftreten der Influenza bei ihr starker weißlichgelber Ausfluss aus den Genitalien ein; mit dem Ablauf der Erkrankung verschwand derselbe wieder. Subjektive Beschwerden, die in Zusammenhang mit dem Sexualapparat gebracht werden konnten, waren nicht vorhanden. Objektiv konnte festgestellt werden, dass die Absonderung, welche makroskopisch vollständig das Aussehen eines Fluors bei Endometritis zeigte, aus dem Uterus stammte, so wie dass die bereits erwähnten Zeichen von einer Betheiligung der Genitalien an der Erkrankung, nämlich Schwellung, Auflockerung und Empfindlichkeit des Uterus, existirten. Bemerkt muss noch werden, dass Pat. früher nie genitalkrank gewesen ist, so wie dass seit ihrer Entbindung die Menses nicht mehr eingetreten waren. Ich habe Pat. nach ihrer Wiederherstellung genau wieder untersucht und konnte keinerlei Abnormitäten an den Genitalien nachweisen. Die Schwellung und Empfindlichkeit waren in diesem Falle mit dem Verschwinden der Influenza ebenfalls vergangen. Dass demnach dieser Fluor wirklich mit der Influenza im Zusammenhang steht, ist wohl kaum fraglich.

Der einzige wirklich einwandfreie Fall, der keinerlei Betheiligung der Sexualorgane an der Influenza aufwies, betraf eine verheirathete 40jährige Dame, welche nur 3 Tage Symptome einer Influenzaerkrankung zeigte. Das bestehende Fieber war gering, eben so die subjektiven Beschwerden. Absonderung oder Blutabgang aus den Genitalien ist nicht aufgetreten; eben so fehlte Schwellung oder Empfindlichkeit des Uterus.

Die aus den bisher beschriebenen 48 Fällen resultirenden Beobachtungen beziehen sich sämmtlich auf nicht gravide Pat. Es erübrigt mir nun noch über die

Fälle zu berichten, bei denen es sich um die Influenzaerkrankung bei graviden Frauen handelt.

Ich habe deren 3 zu verzeichnen. Diese Zahl ist allerdings eine kleine zu nennen, sie dürfte aber doch wegen ihrer Resultate nicht werthlos erscheinen.

Es hat sich nämlich in diesen 3 Fällen 2mal zur Evidenz erwiesen, dass die Influenza im Stande ist, eine Unterbrechung der Schwangerschaft herbeizuführen. In beiden Fällen sind mit dem Beginn der Erkrankung sofort Wehen eingetreten, welche in dem einen Falle sogleich den Abortus, in dem anderen allmählich den Partus praematurus verursachten.

Der erste Fall betraf eine 25jährige, in der 8. Woche gravide verheirathete Dame, welche 3 völlig ausgetragene Kinder ohne Kunsthilfe geboren und noch nie abortirt hatte. Sie erkrankte unter schwachen Symptomen der Influenza und mit dem Auftreten der ersten Erscheinungen der Erkrankung stellte sich ein äußerst profuser Blutverlust, verbunden mit sofortiger Ausstoßung der Frucht, ein. Die Blutung war von Anfang an so stark gewesen, dass die Pat., als ich zu ihr kam, schon Symptome des Collapses zeigte. Auch hielt die Blutung trotz energischster Gegenmittel, zwar nicht im gleichen Maße, aber doch noch mehrere Tage lang an. Die Pat, welche sich sehr langsam erholte, weist jetzt bei der Genitalexploration Retroflexio uteri II. Grades (ohne Verwachsungen), große Weichheit und Schlaffheit des Uterus auf; die Adnexa sind gesund. — Ich habe natürlich nicht versäumt, nach etwaigen anderen Ursachen für den Abortus zu forschen, aber alle Anfragen in dieser Hinsicht, welche, nebenbei bemerkt, nicht allein auf die allerletzte Zeit ihrer Gravidität, sondern beiläufig auf die letzten 14—21 Tage sich erstreckten, wurden verneint. An der Frucht, so wie an der Placenta etc. wurde keine Abnormität entdeckt. Die Influenzasymptome waren innerhalb 3 Tagen bei der Pat. verschwunden.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine ältere Mehrgebärende, welche im 5. Monat gravid war. Sie hat alle 4 Kinder ausgetragen, stets ohne Kunsthilfe geboren und nie abortirt. Die Influenza trat sehr heftig bei ihr, namentlich unter Betheiligung der Athmungsorgane, auf; Husten war vorhanden, jedoch nicht so hochgradig, als dass durch seine Erschütterungen die Frühgeburt hervorgerufen sein konnte. Mit Beginn der Influenza traten sofort Krämpfe im Leib (Wehen) auf, welche 4 Tage andauerten, immer intensiver wurden und schließlich trotz angewendeter Gegenmittel den Partus herbeiführten. Das lebende, nicht ausgetragene, kräftig entwickelte Kind hatte eine Länge von 42 cm und ein Gewicht von 1600 g. Die Placenta zeigte keinerlei Abnormität. Der Blutverlust, der leider nicht gemessen werden konnte, schien mir ein ziemlich bedeutender zu sein. Das Kind ist jetzt — 4 Wochen nach der Geburt — noch am Leben und gedeiht gut. Die Influenza hatte gegen Ende des 4. Tages in ihrer Intensität bedeutend nachgelassen, hielt aber noch 8 Tage nach der Entbindung an. Das Puerperium verlief normal, die Lochien waren nur 3 Tage lang rein blutig. Die Rückbildung der Genitalien entsprach bei der am 10. Tage vorgenommenen Untersuchung der Norm.

Im Gegensatz zu diesen 2 Fällen von Unterbrechung der Gravidität steht mein 3. Fall von Gravidität, bei dem sich eine Erkrankung an Influenza einstellte. Die Pat., welche früher an Retroflexio uteri adhaesiva, Endometritis und Parametritis litt und vor Jahresfrist von mir durch Massage geheilt worden war, befand sich im 3. Monat der Gravidität, als sie an Influenza erkrankte. Die Influenza trat bei ihr sehr heftig auf, namentlich war, abgesehen von hohem Fieber, sehr starker Bronchialkatarrh vorhanden, welcher von fast fortwährenden heftigen Hustenstößen begleitet war. Die Erkrankung dauerte beiläufig 8 Tage, aber die Gravidität mit lebendem Kinde besteht heute — 6 Wochen nach der Entlassung aus der Behandlung — noch fort. Zu erwähnen ist noch, dass die betreffende 21jährige Frau Igravida ist.

Wenn ich nun zum Schlusse meine Beobachtungen zusammenfasse, so ergeben sich folgende Resultate:

Von 51 in meiner Behandlung gewesenen weiblichen Pat. waren 48 nicht gravid und 3 im Zustand der Schwangerschaft. Bei diesen 3 letzteren verursachte die Influenza 2mal eine Unterbrechung der Schwangerschaft, während 1mal die Gravidität nicht im geringsten von der Erkrankung beeinflusst wurde.

Unter den 48 Fällen von Influenza bei Nichtgraviden war 46mal die vorhandene Genitalaffektion sicher durch die Influenza hervorgerufen. 1mal war keine Betheiligung des Sexualapparates an der Influenzaerkrankung sicher nachzuweisen und 1mal — möchte ich sagen — ist der betreffende Fall als unentschieden anzusehen.

Ein Einfluss der Influenza auf die weiblichen Genitalien ist demnach nicht von der Hand zu weisen. Er äußert sich bei Graviden durch Unterbrechung der Schwangerschaft, bei Nichtgraviden durch das Auftreten von profusen Metrorrhagien, welche sich durch lange Dauer und großen Widerstand gegen ihre gewöhnlichen Gegenmittel charakterisiren. Diese Metrorrhagien gehen einher mit starker Schwellung und Empfindlichkeit, auch Vergrößerung des Uterus, so wie bei den an und für sich sexualkranken Personen mit Verschlimmerung der vorhandenen Genitalaffektion.

Leider konnte ich das Uterinsekret der einen — stillenden — Pat. wegen Zeitmangels nicht mikroskopisch untersuchen; ich hoffe aber trotzdem, dass ich dadurch nicht eine Gelegenheit versäumt habe, den »Influenzamikroorganismus« zu entdecken.

II. Über einen erfolgreichen Fall von Laparotomie bei aufsergewöhnlich grofs entwickelter Nierencyste, entstanden durch Pyelonephritis der rechten Niere.

Von

Dr. med. **J. A. Kaschkaroff.**

Nur wenige Fälle sind in der neueren Litteratur bekannt, wo Nephrektomie durch Laparotomie ausgeführt worden, und wenn Letzteres zufällig geschah, so hauptsächlich wegen irrthümlich gestellter Diagnose. Im Archiv für Gynäkologie 1882 Bd. XIX, Hft. 1 theilt uns G. Leopold einen Fall mit, wo vor der Operation die Diagnose auf »Ovarialkystom« gemacht war, während nach der Operation sich eine Blutcyste der Niere vorfand von der Größe eines Mannskopfes. In der Berliner klin. Wochenschrift 1883 No. 37 ist ein anderer Fall von J. Schramm beschrieben, wo die vorhergehende Diagnose zwischen Echinokokken und Cystoma ovarii schwankte, es sich aber nach ausgeführter Laparotomie erwies, dass hier Hydronephrosis vorlag. Eine solche ungenaue Diagnose ist aber manchmal unvermeidlich, indem, wie bekannt, in einigen Fällen keine sicheren Kennzeichen zum Unterscheiden von extraperitoneal und intraperitoneal liegenden Geschwülsten vorhanden sind. Die mikroskopische und chemische Untersuchung des Harns, die ebenfalls bei der

Diagnose der Pyelonephritis in Anwendung gezogen wird, giebt durchaus keinen sicheren Anhalt und kann täuschen. Es ist ebenfalls bekannt, dass bei nur einer einzigen gesunden Niere der Harn ganz normal sein kann, wenn die Ausgänge der kranken Niere verlegt sind. Die oben erwähnten irrthümlichen Diagnosen waren dennoch für die Pat. nicht weiter gefährlich, indem dieselben zur Zufriedenheit geheilt werden konnten. Wenn ich in meinem speciellen Falle bei Nephrektomie nicht die Methode nach Simon oder Bergmann benutzte, so werden meine geschätzten Fachgenossen nach Durchlesen meiner Schrift wohl gewiss derselben Ansicht sein, dass nach genannten Methoden die Heilung nicht so schnell und vielleicht nicht so glücklich abgelaufen wäre.

Nach dieser Einleitung gehe ich zur näheren Beschreibung meines hier vorgekommenen Falles über.

Die Bäuerin Awdotja Galotschkina, 43 Jahre alt, wurde im hiesigen allgemeinen Krankenhause am 20. December 1889 aufgenommen (VIIpara). Die erste Menstruation war bei ihr mit dem 17. Lebensjahre eingetreten, wiederholte sich alle 3 Wochen und dauerte dann 2—3 Tage; vor einem Jahre blieb die Menstruation aus. Die letzte Geburt fand bei ihr vor 6 Jahren statt. Nach ihren eigenen Worten hatte sie bisher an keiner ernstlichen Krankheit gelitten, keine Beschwerden beim Harnen empfunden und war während ihres ganzen Lebens an schwere Landarbeit gewöhnt. Seit ungefähr 2 Jahren bemerkte sie an sich eine beständige Zunahme des Leibesumfanges, was ihr das Niederbücken mit der Zeit sehr erschwerte, indem der immer mehr vortretende Leib sie daran hinderte. Schmerzen im Leibe empfand sie nicht und der Schlaf war regelmäßig. Sie selbst war Anfangs der Meinung, schwanger zu sein. Die Höhe ihres Wuchses betrug 156 cm, der Körperbau war im Allgemeinen ziemlich kräftig, der Knochenbau gut entwickelt, Muskulatur mittelmäßig. Die unter der Haut liegenden Fettschichten waren schwach, die Farbe der Haut und der Schleimhäute blass. Der Umfang des Leibes, gemessen in der Höhe des Nabels, betrug 90 cm, um 2 cm niedriger gemessen = 91 cm. In der Bauchhöhle befand sich eine Geschwulst, welche dieselbe fast ganz ausfüllte und nach unten sich bis zum Becken hin erstreckte. Nach der linken Seite dehnte sich die Geschwulst bis ungefähr 3 Finger breit von der untersten Rippe aus und nach der rechten Seite und in der Mitte reichte dieselbe bis in den Thorax hinein. Die vordere Oberfläche der Geschwulst fühlte sich wie ein aus 5 zusammenhängenden halbkugeligen Theilen bestehender Körper an, während ihre Konsistenz prall und elastisch fluktuirte. Von der rechten zur linken Seite hin und nach unten war die Geschwulst verschiebbar. Bei Perkussion in der Gegend vom Colon ascendens war ein tympanitischer Schall hörbar. Die Gebärmutter lag sehr hoch und war zurückgebeugt; die Gebärmutterhöhle hatte eine Länge von 10 cm. Bei der Untersuchung nach Hegar konnte, beim Herausziehen der Gebärmutter mit der Zange nach unten, die Geschwulst ebenfalls so weit mitgezogen werden, dass jetzt auch der obere (sonst in den Thorax hineinreichende) Rand derselben durch die Haut durch fühlbar wurde. Der linke Eierstock war leicht zu erreichen und erwies sich als normal. Vom 20. December bis zum 2. Januar 1890 fanden täglich Untersuchungen des Harns und ebenfalls ein Messen der Körpertemperatur statt; Alles war normal.

Wegen Mangel eines besonderen Zimmers für Laparotomie nehme ich meine Operationen stets in dem gewöhnlichen chirurgischen Operationssaale des Krankenhauses vor, wo sonst täglich 3—5 größere blutige Operationen von dem Oberarzt dieses Krankenhauses, Dr. W. Lindenbaum, gemacht werden müssen. In demselben Saale findet auch sonst an anderen Tagen das Verbinden der vielen chirurgischen Kranken statt, deren Anzahl täglich 20—30 beträgt. Ein besonderer Tisch für Laparotomie ist vorhanden. Alle Anwesenden, die Assistenten und ich nehmen

vor der Operation ein russisches Dampfbad und ein Wannenbad. Die Art der Vorbereitung der Kranken, der Antiseptica und der Instrumente, welche ich gebrauche, geschieht nach der Methode, wie sie Hofmeyer (aus der Klinik des verstorbenen Dr. Schröder) beschreibt. Am Vorabend vor meinen Operationen werden aus dem oben beschriebenen Operationssaale alle tragbaren Gegenstände entfernt und eine gründliche Desinfektion desselben durch eine 5%ige Karbolsäurelösung durch Dampfspray vorgenommen. Dieselbe dauert 2 Stunden und wird in derselben gründlichen Weise am folgenden Morgen wiederholt. Ungefähr eine Stunde darauf schreite ich dann zu meinen Operationen und möchte hierbei nicht unerwähnt lassen, dass die unter solchen Umständen von mir ausgeführten Operationen bisher alle glücklich und stets zufriedenstellend abgelaufen sind.

Die Operation meiner zu beschreibenden Pat. fand am 3. Januar 1890 [illegible]. Den Einschnitt machte ich unter dem Nabel und setzte ihn bis zur Scham[illegible] fort, wobei ich, angelangt bis zum Peritoneum, mich davon überzeugen mu[illegible] dass dasselbe mit dem Netz verwachsen war. Ich schnitt das Peritoneum d[illegible] und trennte es in begrenztem Umfange vom Einschnitte (mit dem Messergriffe) [illegible] dem Netze los. Dann erfasste ich das Peritoneum zusammen mit den Bauchdec[illegible] und befestigte sie mit vorläufigen Nähten; es wurde mir darauf leichter, das N[illegible] vom Peritoneum jetzt auch im weiteren Umfange vom Einschnitte von einander[illegible] lösen. Hierauf versuchte ich das Netz zur Seite zu schieben, was mir nicht [illegible] lang; es hatte den Anschein, als ob dasselbe sowohl mit der Geschwulst, als [illegible] mit den Gedärmen verwachsen sei. Ein weiterer Durchschnitt des Netzes in [illegible] Länge von 6 cm erwies aber, dass das Netz nicht mit der Geschwulst verwach[illegible] war, sondern mit dem es umgebenden Peritoneum. Nach dem letzten Schnitt du[illegible] das Peritoneum konnte ich von demselben nun auch die Geschwulst loslösen, [illegible] fangs wieder vorsichtig mit dem Griff des Messers, dann weiter mit der Ha[illegible] Alle Blutgefäße waren vordem isolirt erfasst und unterbunden worden.

Ein Theil der Geschwulst befand sich jetzt freigelegt. Dieser lose Theil wu[illegible] mit der Muzeux'schen Zange erfasst (wobei einige Tropfen des Inhalts herausquoll[illegible] möglichst herausgezogen, mit Schwamm umlegt und mittels Skalpell geöff[illegible] Nach dem Entleeren dieser Abtheilung schritt ich zum Öffnen der übrigen; [illegible] Inhalt war bei allen gleich. Beim Aufschnitt der dritten Abtheilung stieß ich [illegible] einen Stein von nicht regelmäßiger cylindrischer Form, den ich entfernte. Solch[illegible] Steine fanden sich noch mehrere von verschiedener Größe und Form vor und lie[illegible] ferten mir den Beweis dafür, womit ich es hier zu thun habe. Nach noch zwe[illegible] maligen Schnitten konnten auch die letzten Abtheilungen der Geschwulst vo[illegible] ständig entleert werden, wodurch sich ihr Umfang jetzt bedeutend verkleinert[illegible] Nach vollständigem Auspräpariren der Geschwulst hob ich dieselbe zusammen [illegible] der Nebenniere und mit Pars descendens duodenum, mit welchem letzteren die [illegible] Nebenniere stark verwachsen war, heraus, isolirte das Duodenum und verba[illegible]; dann die Ureter, Vena und Arteria renalis. In Folge des atrophischen Zustandes [illegible] der Nebenniere und weil dieselbe isolirt war, wurde sie zum größten Theil ganz entfernt; nur ein Theil des Gewebes der Nebenniere wurde zurückgelassen, um den späteren Nähten einen Anhalt zu bieten. Die Gefäße der Glandula supra renalis waren gemeinsam unterbunden worden. Nach der Toilette und Besichtigung des Peritoneums der hinteren Bauchhöhle, welche sich als gut retrahirt erwies, wurde die Bauchhöhle geschlossen und vernäht. Während der Operation konnte ich mich von der topographischen Lage der Geschwulst zu den anderen Organen genauer überzeugen. Nach oben reichte sie über Pankreas, links bis über die Aorta, rechts ließ sie eine Stelle frei für Colon ascendens, welches hinter dem Geschwulsttheil lag, der mit dem Peritonealüberzug bekleidet war. Dieser Geschwulsttheil war außerdem sowohl nach vorn, als zur rechten Seite hin überhängend.

Die Operation hatte 2 Stunden Zeit in Anspruch genommen; die Heilung nach derselben verlief glatt und ohne Steigerung der Körpertemperatur. Als ich am 20. Januar d. J. in dem Verein Jaroslawer Ärzte einen Vortrag über diesen seltenen Fall hielt, war es mir möglich, zusammen mit dem Präparat auch die Pat. wohl und gesund den Anwesenden vorzustellen. Am 1. Februar d. J. verließ die-

welche während der Operation durch Überfließen, Einsaugen in die Schwämme etc. verloren gegangen ist und deren Gewicht ebenfalls bis 13 kg betragen hätte. Von dem in Spiritus aufbewahrten Präparat habe ich eine photographische Aufnahme machen lassen und zwar von der Seite des Hilus renalis. Aus der Untersuchung desselben kann ich noch mittheilen, dass das Präparat seine Nierenform beibehalten, ein Gewicht von 410 g, eine Länge von 20 cm und eine Höhe und Breite von 13 cm hat. In der Mitte ist eine Vertiefung bemerkbar, in welcher die Arteria, Vena und Ureter lagerten. Diese haben im Allgemeinen ihr charakteristisches topographisches Aussehen, welches den Gefäßen der rechten Niere eigen ist, beibehalten, nur mit einiger Lagenveränderung in Folge des vergrößerten Organs. Hauptsächlich ist dieses in dem Verhältnis der Arteria zur Vena und Ureter bemerkbar; das Verhältnis der Vena zum Ureter ist sonst wenig verändert. Das ganze Präparat lässt sich in 13 einzelne Abtheilungen zerlegen, welche unter sich größtentheils keine zusammenhängenden Durchgänge haben. Die Dicke der Wände und Zwischenlagen beträgt 1—3 mm. Die mikroskopische Untersuchung wies auf den charakteristischen Bau der Capsula fibrosa hin, doch war, auch bei aufmerksamer Untersuchung, nirgends ein Theil von Nierengewebe zu finden. Der Ureter zeigte bei der mikroskopischen Untersuchung seine gewöhnliche Struktur, makroskopisch schien derselbe aber etwas atrophirt zu sein. Seine Öffnung führt in eine Abtheilung, welche mit den übrigen in keiner Verbindung steht. Diese Abtheilung, so wie auch die übrigen waren auf der inneren Fläche nicht mit Epithel ausgekleidet. Auf der vorderen und hinteren Oberfläche des Präparates ist Capsula adiposa renis gut erhalten, aber stellenweise durchrissen, namentlich auf der vorderen Fläche.

Zum Schluss kann ich noch hinzufügen, dass der Inhalt der Geschwulst, wie ich zufällig erfahren musste, nicht aseptisch war, indem ich von der Operation ein heftiges Panaritium mit Lymphangoitis auf dem Mittelfinger der rechten Hand davontrug, was ziemlich lange andauerte.

---

1) **F. Trendelenburg.** Über Blasenscheidenfisteloperationen und über Beckenhochlagerung bei Operationen in der Bauchhöhle.

(Sammlung klin. Vorträge No. 355.)

Die Beckenhochlagerung wird durch einen am Kopfende des Operationstisches stehenden Wärter besorgt, welcher die Knie des Pat. rücklings auf die Schultern nimmt. Diese Lagerung wendet T. an beim hohen Steinschnitt, bei intraperitonealen Operationen in der Beckenhöhle und den unteren Abschnitten des Bauches z. B. bei der Darmresektion zur Heilung des Anus praeternatur., bei Myomoperationen. Betreffs der letzteren giebt T. folgende sehr beachtenswerthe Technik an, die bei den schwierigen Fällen mit interligamentärer Ausbreitung indicirt ist. Er macht statt der supravaginalen Amputation die Totalexstirpation (4 Fälle). Ich lasse die eigenen Worte des Verf. folgen: »Man dringt mit der Auslösung der Geschwülste, durch Darmschlingen unbehelligt, immer nur da doppelt unterbindend, umstechend, schneidend, wo man sieht, bis zum Cervix vor, schiebt die Blase nach querer Incision der Peritonealfalte vom Uterus ab und legt so das Vaginalgewölbe frei. Die Vagina war vorher gründlich desinficirt worden und mit Jodoformgaze ausgestopft. Gegen den Jodoformgazeballen schneidet man nun die Vaginalwand ringsum quer durch, entfernt die ganze Geschwulstmasse sammt Uterus und Portio, und umsticht und unter-

bindet die blutenden Gefäße der Vaginalwand. Sodann wird die Jodoformgaze von der Vulva her aus der Vagina gezogen und die Scheide von der Bauchhöhle aus von Neuem mit Jodoformgaze lose angefüllt, einige Streifen der Gaze reichen nach hinten und seitlich bis in die Taschen unter dem Bauchfell, in denen die ligamentären Geschwülste eingebettet waren.

Auch um das Innere der Vagina oder des Rectum dem Auge zugänglich zu machen, ist die Lagerung sehr geeignet. Fisteln, welche von der Scheide aus nicht genügend zugänglich zu machen sind, können mit Erfolg von der Blase aus freigelegt angefrischt und vernäht werden. Am praktischsten ist es die Fäden von der Scheide aus zu knoten, T. verwendet dazu Seide oder fil de Florence, beim Knoten in der Blase Katgut. T-förmige Drainage und Nachbehandlung — offen — in Seitenbauchlage. Zum Sauermachen des Urins empfiehlt T. die Kamphersäure mehrmals täglich 1 g.

Fisteln, welche sich durch direkte Vereinigung der Ränder nicht schließen lassen, können durch Deckung mit einem Lappen aus der hinteren Scheidenwand geschlossen werden. Die Stieldurchschneidung des Lappens erfolgte nach 4 Wochen. Wesentlich für die Heilung betrachtet T. die Drainage der Blase oberhalb der Symphyse. Betreffs der weiteren Details dieses höchst interessanten Aufsatzes müssen wir auf das Original verweisen. **G. Middeldorpf** (Breslau).

---

2) **Conrad Brunner.** Über Katgutinfektion.

(Beiträge zur Chirurgie Bd. VI. Hft. 1. p. 98—194.)

B. tritt für das Katgut auf Grund von klinischen Erfahrungen (Umfrage bei 20 chirurgischen und 5 gynäkologischen Abtheilungen) und experimentellen Untersuchungen ein. Zu letzteren verwendete er Chromsäure, Ol. Juniperi, Karbol und Sublimatkatgut. Ein wesentlicher Unterschied in der Resorptionszeit der verschiedenen Katgutpräparate war nicht zu konstatiren. Beschleunigt wird der Auflösungsprocess bei Eiterung. Die bakteriologische Untersuchung zeigte, dass die in den verschiedenen Fabriken durchgeführte Sublimatdesinfektion genügt, um das verwendete Rohkatgut sicher keimfrei zu machen und dauernd steril zu halten. Betreffs der 3 erstgenannten Katgutsorten konnten in ca. der Hälfte der Fälle Bakterien und Hyphomyceten nachgewiesen werden, doch wohnen dem nicht steril erfundenen Katgut infektiöse Eigenschaften gegenüber dem thierischen Körper nicht inne und ein speciell isolirter Bacillus ist als nicht pathogen zu bezeichnen. Katgut Reverdin kommt an Güte dem Sublimatkatgut gleich. Interessant sind die Resultate, welche B. an Katgut von an Milzbrand erkrankten Thieren anstellte: die mit Rohkatgut geimpften Thiere gingen nach kurzer Zeit an Milzbrand zu Grunde, das mit Sublimat sowohl wie mit Karbolöl präparirte Rohkatgut erwies sich im Reagensglas sowohl wie im thierischen Körper als steril. Zum Schluss empfiehlt B. folgende Zubereitungs-

weise: das Rohkatgut wird mit Kaliseife abgebürstet, dann direkt oder nach $^1/_2$stündigem Aufenthalt in Äther 12 Stunden in wässerige Sublimatlösung 1 : 1000 gelegt. Konservirt in: Sublimat 1,0, Alkohol. absolut. 900,0, Glycerin 100,0; unmittelbar vor dem Gebrauch nochmals durch wässerige Sublimatlösung ziehen.

G. Middeldorpf (Breslau).

Kasuistik.

3) Gebutshiltlich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung am 19. November 1889.

Vorsitzender: C. v. Braun; Schriftführer: Felsenreich.

Gersuny berichtet über ein bei einer 35jährigen, sonst gesunden Pat. konstatirtes ungewöhnliches Symptom eines Kystovarium, bei welchem an der ganzen Oberfläche Pulsation zu tasten (auch per vaginam) und zu sehen war, und entsprechend dieser Pulsation ein lauter Ton, dem ein zweiter, schwächerer Ton folgte, hörbar wurde. Die Operation ergab, dass der Tumor vom rechten Ovarium ausgehend zwischen die Blätter des rechten breiten Mutterbandes hineinwachsend, das rechte Uterushorn über seine vordere Fläche emporgezogen und bei seinem weiteren Wachsen auch das Mesocoecum und das Mesenterium des S romanum über seine Oberfläche gezogen hatte. Es lag somit beinahe der ganze Tumor hinter den genannten Theilen des Peritoneums, welches sich zeltartig über ihn spannte und ihn gegen die hintere Wand des Beckens und der Bauchhöhle anpresste. Durch diese retroperitoneale Lage der Geschwulst unter ziemlich großer Spannung findet die Pulsation ihre Erklärung, indem die Cyste durch ihre Hülle fest gegen das Gefäßsystem angedrückt gehalten wurde, so dass bei der Dünnflüssigkeit ihres Inhaltes die günstigsten Bedingungen für die Fortleitung des Aortenpulses gegeben waren. Verf. glaubt, dass allseitig fortgeleitete Pulsation vielleicht charakteristisch für retroperitoneale Cysten sei und fordert auf diesbezüglich genau zu beobachten.

Chrobak erinnert daran, dass Spencer Wells die fortgeleitete Aortenpulsation als differential diagnostisch wichtiges Symptom für Cysten gegenüber dem Ascites angeführt habe. C. konnte einmal per vaginam ein Aneurysma der Art. uterin. diagnosticiren.

G. Braun stellt a) die 37jährige VIIIpara vor, die er bereits am 20. November 1888 (vid. Centralblatt 1889 No. 10) wegen exquisiter Osteomalacie demonstrirte. Seit dieser Zeit hat die Körperlänge um 5 cm abgenommen, der Beckenumfang um 6 cm, die Dist. spin. um $^1/_2$ cm und die Cr. um $1^1/_2$ cm zugenommen, während die Dist. troch. um 1 cm, die Microch. links und rechts um 1 und $1^1/_2$ cm und der quere Durchmesser des Beckenausganges ebenfalls um 1,0 cm kürzer geworden sind. Verf. will in diesem Falle seiner Zeit den Porro ausführen.

b) Eine Schwangere Ende des 6. Lunarmonates, bei der sich links von dem bis zur Nabelhöhe ausgedehnten Uterus eine kindskopfgroße Cyste des Ovarium findet. Da dieselbe, wie die Anamnese ergiebt seit 2 Jahren nicht gewachsen ist und keinerlei Beschwerden verursacht, so glaubt Verf. noch abwarten zu sollen, ob die Ovariotomie während oder nach Ablauf der Gravidität vorzunehmen sei.

c) Eine Wöchnerin vom 8. Tage, bei welcher vor 4 Jahren durch Laparotomie ein kindskopfgroßer Tumor des rechten Eierstockes entfernt wurde; seit dieser Zeit hat Pat. 2mal geboren und dabei hat die Narbe weder durch die Wehenthätigkeit noch durch die Anwendung der Bauchpresse gelitten (leider ist über den Verlauf der beiden Geburten nichts Weiteres referirt, Ref.).

Gersuny erwähnt einen einschlägigen Fall: bei einer 41jährigen Dame konnte schon in der ersten Woche des Puerperium eine rasch wachsende rechtsseitige Ovariencyste diagnosticirt werden, die nach ca. 4 Monaten durch Laparo-

tomie entfernt wurde. Neun Monate später neuerliche Gravidität, im 6. Monat derselben wurde eine, schon im 4. Monate nachgewiesene, intraligamentäre Cyste durch Bauchschnitt entfernt. Gerade einen Monat später gebar Pat. spontan ein lebendes, reifes Mädchen. Auch in diesem Falle hatte sich die noch junge Bauchnarbe, unterstützt durch einen Heftpflasterverband gut behauptet. G. konnte bei dieser Pat., der mehrere Morphiuminjektionen gemacht werden mussten, beobachten, dass sowohl bei diesen, als auch bei der Chloroformnarkose während der Laparotomie die Narkose des Fötus stets die Anästhesie der Mutter um einige Stunden überdauerte.

d) Berichtet über einen Fall von Tubargravidität mit Hämatosalpinx, den er mittels Laparotomie operirte. Von der linken Uteruskante breitet sich die etwas vergrößerte Tube nach außen in eine sackartige Geschwulst aus; beim Versuche die Tube in die Bauchdeckenwunde zu bringen reißt der Tubarsack ein und es wird nun der größte Theil des Sackes mit einem etwa hühnereigroßen, festen Klumpen exstirpirt; die Blutcoaguala ausgeräumt und die Blutstillung mittels Jodoformgaze bewirkt. In den ersten Tagen Fieber, jetzt (nach 2 Wochen) befriedigendes Befinden. Die von Paltauf vorgenommene Untersuchung ergab, dass die beiden Stücke aus einem etwa zweiguldenstückgroßen Theile eines 2—3 mm dicken Sackes, von ziemlich glatter serosaähnlicher Außenfläche, an der ein zapfenartiger Ansatz sitzt, bestehen; die Tube ist geknickt und gewunden und bildet, innig mit der Sackwand verlöthet, jenen zapfenartigen Ansatz; innen ist sie mit blutigem Schleim gefüllt, ihre Schleimhaut geschwellt. Das zweite Stück besteht aus Blutcoagulis, in dessen Inneren sich ein nussgroßer, von einer zarten Membran begrenzter Hohlraum findet. Ein Fötus oder auch Reste eines solchen sind in dieser einem Amnionsacke entsprechenden Höhle nicht zu finden. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Sackwandung zeigte sich außer der muskulösen Beschaffenheit des Sackes an der inneren Fläche unter und zwischen hyalinen Trombenmassen ein zierliches Lager von Deciduazellen.

e) Berichtet über den in der letzten Sitzung besprochenen Fall einer 19tägigen Placentaretention, dass das Befinden der Pat. ein zufriedenstellendes sei.

C. v. Braun berichtet über die Geburtsgeschichte einer 26jährigen, 117 cm großen Zwergin. Sp. 20, Cr. 24, Tr. 30, C. ext. 14, C. vera 5 cm. Ende des vierten Lunarmonates entschloss sich Vortr. zur Einleitung des Abortus mittels Dilatation des Cervix durch Hegar's Stifte. Frucht (150 g, 16 cm) wurde 21 Stunden später ausgestoßen, Placenta geht erst 12 Tage darauf spontan ab. Im Wiederholungsfalle der Gravidität würde B. die Sectio caes. ausführen.

Peters stellte eine Frau vor, bei der schon zu Anfang der Eröffnungsperiode eine Bilokularität des Uterus mit Schwängerung der linken Uterushälfte konstatirt werden konnte; rechts von dem 3 cm weiten Orificium fand sich nämlich ein feiner Spalt, der in das leere, rechte Cavum uteri führte. Bei der spontanen Geburt einer asphyktischen Frucht (2200 g) ging der unterste Theil des Septum zwar zu Grunde, doch konnte bei der Entlassung (9. Tage) im supravaginalen Theil des Cervix das konkave Ende des Septum gefühlt werden und auch jetzt noch (4 Wochen p. part.) gelingt es mit der Fingerspitze in die beiden Uterushöhlen zu gelangen. **Torggler** (Innsbruck).

---

4. IV. französischer Chirurgenkongress. 7—12. Oktober 1889.

(Revue de Chirurgie 1889. No. 11. p. 895—948.)

Die chirurgische Behandlung der Peritonitis.

Die Verhandlungen darüber beschränken sich im Wesentlichen auf die Mittheilung einzelner Operationsgeschichten; zur Aufstellung allgemein angenommener Grundsätze in der Behandlung kam es nicht. Wir glauben die Übersicht über die Verhandlungen durch ätiologische Anordnung des Materials der einzelnen Operateure zu erleichtern.

I a. Chronisch tuberkulöse Peritonitis mit Ascites.

1) 26jährige Frau. Punktion, Laparotomie. Der Ascites erneuerte sich immer

wieder und wurde endlich eitrig. Exitus nach mehreren Monaten. Démoithène, Bukarest.

2) 2 Fälle von Demons, Bordeaux, einer starb an Lungenphthise, der andere lebte noch 15 Monate nach der Operation.

3) Fall von Routier, Paris. Trüber Inhalt. Heilung.

I b. Chronisch tuberkulöse Peritonitis mit Adhäsionen, Ovarialtumoren vortäuschend.

2 Fälle von Labbé, Paris. Laparotomie. Durch dieselbe wurde nicht geschadet. Pat. leben noch.

I c. Chronisch tuberkulöse Peritonitis mit Adhäsionen und abgekapselten Eiterdepots.

Peritonitis bei Tuberkulose des Proc. vermiform. Laparotomie. Heilung mit Fistel; erfolgreiche Nachoperation, Resektion des Wurmfortsatzes. Bouilly, Paris.

II. Akut septische Peritonitis: a) circumscript:

18jähriges Mädchen, abgekapselte eitrige Peritonitis in der Nabelgegend, auf Erkältung während der Regel zurückgeführt. Incision. Heilung. Brun, Paris.

Eitrige Peritonitis, von den Uterusadnexen ausgehend, gegen die Därme hin abgekapselt. Bei der Incision konnten wegen Adhärenzen die Adnexe nicht entfernt werden. Heilung mit Fistel. Routier, Paris.

b. diffus:

1) Geplatzte vereiterte Ovarialcyste. Heilung nach Auswaschung und Ausschabung der dicken Exsudatmassen. Demons.

2) Diffuse eitrige Peritonitis von einer vereiterten Ovarialcyste ausgehend. Höchste Erschöpfung. Ausgang wahrscheinlich tödlich. Labbé.

3) Geplatzte vereiterte Extra-uterin-Gravidität. Auswaschung, Heilung. Bouilly.

4) Diffuse Peritonitis von Salpingitis ausgehend. Auswaschung. Schluss der Bauchhöhle, langsame Rekonvalescenz. Späterhin erfolgreiches Abtragen der entzündeten Adnexe. Bouilly.

5) Perityphlitis. Eiteransammlung im Peritoneum von 6—7 Liter. Heilung. Labbé.

6) Perityphlitischer Abscess und allgemeine Peritonitis. Ausspülung mit lauer Sublimatlösung. Tod nach 4 Tagen. Zwischen Blase und Mastdarm noch ein Eiterherd. Campenon. Paris.

7) 40jähriger Mann. Torsion und Gangrän des Netzes. Peritonitis. Seropurul. Resektion. Auswaschung. Exitus Tags darauf. Bouilly.

c. postpuerperal.

23jährige Frau. Abort. Metritis. Ovario-Salpingitis, akut septische Peritonitis. In der Bauchhöhle trübe Flüssigkeit. 2 Eiterherde im kleinen Becken incidirt, entleert und mit Jodoformgaze drainirt. Heilung in $2^1/_2$ Monat interkurrente eitrige Parotitis. Denucé.

Bouilly operirte bei diesen Formen 6mal, in 4 ganz akut verlaufenden septischen Fällen Operation am 2., 3., 8., 16. Tage nach dem Beginn der perit. Erscheinungen. Alle 4 Fälle starben. In 2 anderen, subakut verlaufenden, wo B. am 13. resp. 14. Tage operirte, rettete er die Kranken.

d. traumatisch. Zwei Fälle von Bouilly.

1) Pferdehufschlag, Zerreißung des Dünndarmes, 12 Stunden nach dem Unfall Laparotomie. Darmresektion, Auswaschung. Heilung.

2) Uterus- und Blasenruptur bei der 16. Entbindung. 12 Stunden nach der Laparotomie Exitus.

Aus den weiteren Verhandlungen dürfte Folgendes noch gynäkologisches Interesse haben.

Le Dentu (Paris). Greffe de l'uretère à la peau du flanc, pratiquée chez une femme qui avait de l'anurie depuis plusieurs jours.

Nach Totalexstirpation des carcin. Uterus entwickelt sich in 3 Monaten ein Recidiv, welches die Ureteren vollständig komprimirt. Ein schräger Lumbalschnitt legt das untere Nierenende frei, Ureter wird bis zur Kreuzungsstelle mit der Art. spermat. int. freipräparirt, durchtrennt und an die äußere Haut ange-

näht. Tod 14 Tage später an Kachexie. Keine Urämie. Die Fistel funktionirte gut.

Richelot (Paris). Traitement de la rétroversion utérine.

Die Behandlung besteht in supravaginaler Amputation des Collum uteri. Verziehung des Uterusstumpfes durch die Naht nach hinten, so dass der Uteruskörper nach vorn fällt. Das Verfahren stammt von Nicolétis her und wurde von R. einmal erprobt.

Terrillon (Paris). Traitement de la salpingo-ovarite tuberculeuse.

6 operativ durch Entfernung der erkrankten Adnexe behandelte Fälle, von denen eine Frau 8 Tage p. op. an Peritonitis starb. Die längste Beobachtungsdauer 1 Jahr.

Goullioud (Lyon). Débridement vaginal des collections de la périmétrite chronique (Méthode de Laroyenne).

Die Methode, welche in Deutschland kaum Nachahmung finden dürfte, besteht in Punktion des Exsudats mit dickem Trokar, Erweiterung der Öffnung mittels des Metrotoms von Simpson, das auf einer Rinnensonde eingeführt wird und nachheriger Tamponade mit Jodoformgaze. 70 Fälle wurden so behandelt.

Picqué (Paris). Absence de vagin chez une femme de dix-huit ans. Création d'un vagin par un procédé autoplastique.

Der Überschrift wäre noch hinzuzufügen, dass die Vulva und Ovarien normal, der Uterus infantil und die Pat. amenorrhoisch war. Die obere Wand der neugebildeten Scheide wurde aus der Schleimhaut des Vestibulum und die untere aus der Perinealhaut gebildet. 5 Monate p. op. keine Narbenretraktion.

Tuffier (Paris). Rein flottant et néphrorrhaphie.

13 Beobachtungen. In 2 Fällen bestand Wanderniere mit Intercostalneuralgie. Bandagenbehandlung erfolglos, nach Allgemeinbehandlung der Chlorose und Anämie Heilung. 5 Fälle mit gastro-intestinalen Symptomen und intermittirenden Schmerzen wurden nach Reposition durch Bandagen geheilt. In 3 Fällen Lumbarschnitt. 2 Katgutfäden durchs Parenchym nach Entfernung der Fettkapsel; außerdem Resektion der fibrösen Kapsel an dem konvexen Rand. Auch das Colon ascendens resp. descendens wird mit Katgut in der Wunde befestigt — Colopexie. In einem Fall konnte der Erfolg 11 Monate später gelegentlich einer Laparotomie wegen Dermoidcyste des linken Ovariums konstatirt werden.

Monod (Paris). Quatre observations de néphrectomie.

1) Oberflächliche Nierencyste, Perinephritischer Abscess mit Nierenfistel. Exstirpation. Heilung.

2) Diagnose war auf Steinbildung in der rechten Niere gestellt, bei der Operation fand sich Tuberkulose, Exitus im Koma 7 Tage später, die Sektion ergab auch linke Nierentuberkulose.

3) Steinniere rechts seit 12 Jahren. Der Tod trat 4 Tage p. op. ein, die Sektion ergab linke interstitielle Nephritis.

4) Multilokulare Cystenniere; in Folge von suffokatorischen Zuständen in Folge von Glottisödem, welches die Tracheotomie erforderte, entschloss sich M. zur Operation, die vor 3 Monaten glücklich verlief. Andere Niere wahrscheinlich auch erkrankt.

Le Dentu (Paris). De la réunion immédiate du rein dans la nephrolithotomie.

Im ersten Fall missglückte die Naht des Nierenbeckens, im zweiten trat kein Tropfen Urin aus der Wunde, trotzdem die Nierensubstanz sehr zerreißlich war und die 7 Katgutfäden nicht sehr fest geknotet werden konnten.

Desnos (Paris). Néphrektomie avec persistance de la perméabilité de l'uretère.

38jährige Frau. Nephrektomie wegen Pyelonephritis. Ureter der kranken Seite verdickt und schmerzhaft. Vor der Operation war die Integrität der anderen Niere durch Katheterismus des Ureters festgestellt worden. Es bildete sich nach dem Lumbarschnitt eine Nierenfistel aus, aus welcher sich bei der Urinentleerung

rückläufig Urin entleerte. Die Heilung erfolgte sehr langsam nach Auskratzen der Wundhöhle in der Lumbalgegend und mehrfachen Eiterergüssen aus dem stark verdickten Ureter in die Blase.

Thiriar (Brüssel). Sur un cas de fibrolipome de la capsule cellulo-adipeuse du rein qui a nécessité la laparotomie et la néphrektomie.

63jährige Frau, bei der die Diagnose auf rechtes multilokuläres Ovarialkystom gestellt war. Urin normal. Die retroperitoneale Ausschälung gelang leicht. Ein Theil des Bauchfells wurde resecirt, der Rest genäht und die große Wunde nach der Flanke hin drainirt. Glatte Heilung. **G. Middeldorpf** (Breslau).

---

5) **N. Quisling** (Christiania). Prolapsus uteri completus bei einem neugeborenen Kinde.

(Norsk Mag. for Lägevid. 4 R. Bd. IV. 1889. No. 4. S. 265—271.)

Die Mutter hatte früher 3mal geboren; die Kinder waren gesund. Das 4. Kind war mit Spina bifida lumbalis und beiderseitigem Pes equino-varus behaftet, war sonst gut entwickelt (Gewicht 3630 g; Körperlänge 54 cm; Kopfumfang 37 cm). Die ersten 7 Tage war das Befinden des Kindes gut; dann bekam es Diarrhoe mit ununterbrochenen Tenesmi und Pressungen, wodurch Prolaps der Rectalschleimhaut hervorgerufen wurde und auch die Scheide zu prolabiren anfing. Am nächsten Tage war die Gebärmutter mit der invertirten Scheide völlig vorgefallen, ließ sich leicht reponiren, fiel aber sofort wieder vor. Das Kind hatte sich mittlerweile gut entwickelt, wog jetzt 3900 g. Es hatte sich aber jetzt ein deutlicher Hydrocephalus entwickelt (Kopfumfang 39 cm). Das Kind starb 7 Wochen alt. Der Vorfall der Gebärmutter und des Mastdarmes hielt sich unverändert. Die Darmstörungen hielten an mit wechselnder Intensität; in den letzten Lebenstagen traten leichte Cerebralstörungen zu. — Die Autopsie wies gar keine anatomische Veranlassung zum Vorfall nach; es kann dieselbe nur durch die erwähnte erhöhte Wirksamkeit der Bauchpresse verursacht worden sein. Die Gebärmutter war 3 cm lang, wovon ungefähr die $^2/_3$ auf den Cervix kamen; Breite des Gebärmuttergrundes 1,5 cm.

Verf. sieht in diesem überaus seltenen Fall einen Beweis für die Bedeutung der Bauchpresse für die Genese des Gebärmuttervorfalles.

L. Meyer (Kopenhagen).

6) **J. Lucas-Championnière.** Statistique des opérations faites dans l'espace de deux années à l'hôpital Saint-Louis.

Paris, A. Coccoz, 1889.

Kurze Statistik der Operationen vom November 1887 bis Mai 1889; die 128 Laparotomien bei Frauen mit 8 Todesfällen vertheilen sich folgendermaßen: ohne Todesfälle verliefen 7 Operationen zur Lösung von Adhärenzen, 3 Probeincisionen, 1 Laparotomie wegen innerer Einklemmung, 51 Laparotomien wegen Ovario-Salpingitis, 2 wegen Hydatidencysten, 3 Nephrorrhaphien, 4 Ventrofixationen. Von 28 Ovarialkystomen starben 2, bei dem einen Fall war die Cyste mehrfach punktirt und inficirt, bei dem 2. trat Sekundärinfektion der Wunde von einem »fötiden Ekzem« ein. Von 7 malignen Tumoren mit Ascites starb eine Frau an Lungenhypostase. Abtragung der Uterusadnexe wegen Fibrom 15 Fälle mit 2 Todesfällen, ein Fall ÷ an Tetanus, ein anderer $3^1/_2$ Monat p. op. an Enteritis. Hysterektomien wegen Fibrom 7 Fälle, dreimal Exitus, wovon 2 Fälle an Shock, der 3. 49 Tage nach der Operation. **G. Middeldorpf** (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 18. **Sonnabend, den 3. Mai.** **1890.**

Inhalt: I. **Abegg**, Die geburtshilflichen Operationen der Hebammen. — II. **Hermann**, Weitere 200 Geburten ohne innere Desinfektion. — III. **Delbastaille**, Ein zweitheiliges Röhrenspeculum (Speculum à glissières). (Original-Mittheilungen.)

1) **Czerny**, Peritonealtuberkulose. — 2) **Satonski**, Apostoli's Methode. — 3) **Geijl**, Schwangerschaftsdauer.

4) Berliner gynäkologische Gesellschaft. — 5) Verhandlungen der Amerikanischen medicinischen Gesellschaft. — 6) **Seeligmann**, Antipyrin bei der Geburt. — 7) **Nerlinger**, Epilepsie. — 8) **Spaeth**, Ventrofixation. — 9) **Gottschalk**, Menthol. — 10) **Lauenauer**, Kastration. — 11) **Berczeller**, Blasenverletzung. — 12) **Klein**, Wandermilz. — 13) **Spaeth**, Atresia vaginae. — 14) **v. Rosthorn**, Kloakenbildung.

I. Die geburtshilflichen Operationen der Hebammen.

Von

H. Abegg (Danzig).

Mit Bezug auf Herrn Prof. Ahlfeld's Aufsatz im Centralblatt für Gynäkologie No. 15 über diesen Gegenstand gestatte ich mir einige Gegenbemerkungen, zu denen ich mich auf Grund eigener mehr als 40jähriger Erfahrung und gestützt auf die Kenntnis der einschlägigen Verhältnisse der Provinz Westpreußen berechtigt halte.

Schon das jetzige Lehrbuch für die preußischen Hebammen schreibt vor:

»§ 281. Bei jeder Beckenlage ist die Hebamme verpflichtet, auch unter sonst günstigen Bedingungen, sogleich auf die Herbeirufung eines Arztes zu dringen. Nur wenn sie, ungeachtet ihrer Bemühungen, ohne ärztlichen Beistand bleibt, darf und muss sie unter gewissen Umständen versuchen, selbst zu helfen etc. und § 297. Nur ausnahmsweise und wenn ärztliche Hilfe entweder gar nicht oder nicht rechtzeitig zu erlangen ist, darf die Hebamme zum Besten der Mutter und des Kindes es wagen, selbst die Wendung zu unternehmen; endlich § 347. Wenn keine starke Blutung vorhanden ist,

auch sonst keine ungewöhnlichen Zufälle sich einstellen, so kann die Hebamme ruhig 1—2 Stunden auf den Abgang der Nachgeburt warten. Ist nach längstens 2 Stunden die Nachgeburt noch zurück, so muss sie einen Arzt rufen lassen; früher schon, wenn die Blutung stärker wird oder sonst regelwidrige Zufälle sich zeigen, und § 348. Nur bei einer Blutung, die nicht anders gestillt werden kann und deren Fortdauer das Leben der Entbundenen bedroht, soll die Hebamme selbst den Mutterkuchen lösen.« —

Niemals soll also die Hebamme die Ausziehung des Kindes, die Wendung, die innere Ablösung der Nachgeburt vornehmen, wenn ärztliche Hilfe rechtzeitig zu beschaffen ist. Wäre dies immer möglich, so könnten den Hebammen diese Eingriffe ohne Weiteres untersagt werden. Es giebt aber nicht nur auf Hela und den Holsteiner Inseln, sondern auch innerhalb der Provinz Westpreußen[1] (dem Vernehmen nach auch in anderen Provinzen) noch zahlreiche Bezirke, in denen, namentlich im Winter, bei unpassirbaren Wegen, ein Arzt überhaupt nicht zu beschaffen ist, ja bisweilen auch keine Hebamme. Wenn nun im letzteren Falle eine beliebige andere Frau, sobald sie nur kein Gewerbe daraus macht, nicht nur Hilfe leisten darf, sondern sogar aus allgemeiner Menschenpflicht leisten soll, mag ihr Versuch dazu an sich auch noch so wenig kunstgemäß sein, so kann man unmöglich einer gelernten Hebamme, die gegenwärtig und zur Hilfe bereit ist, diese verbieten. Es wäre doch fürwahr ein schlechter Trost für einen Mann, der in Anwesenheit einer solchen Hebamme, welcher der Eingriff zur inneren Lösung des Mutterkuchens verboten wäre, seine Frau verbluten sehen muss, dass man die Sache vom höheren Standpunkt der Statistik betrachten und lieber einige Frauen verbluten lassen sollte, als viele der Gefahr der Ansteckung durch Hebammen aussetzen! — Noch

[1] Im Regierungsbezirk Danzig allein sind nach neuesten amtlichen Ermittelungen in 58 Hebammenbezirken Hebammen nöthig, welche die betreffenden Befugnisse haben, weil ärztliche Hilfe nicht zu beschaffen ist! Ferner ist amtlich Folgendes für den Regierungsbezirk Danzig festgestellt für 1889.

Zahl der Hebammen, welche die Wendung machten		Zahl der von diesen Hebammen ausgeführten Wendungen		Zahl der von Ärzten im Beisein von Hebammen gemachten Wendungen	Zahl der von Hebammen gewendeten todtgeborenen Kinder	Zahl der von Ärzten im Beisein von Hebammen gewendeten todtgeborenen Kinder	Zahl der nach Wendung durch Hebammen verstorbenen Mütter	Zahl der nach Wendung durch Ärzte verstorbenen Mütter
In Städten	Auf dem Lande	In Städten	Auf dem Lande					
10	40	10	65					
50		75		85	25	45	2	7

Diese Zahlen sind keinesfalls zu Ungunsten der Hebammen zu verwerthen.

Von den durch Ärzte gewendeten Kindern wurden todtgeboren 52,9%, starben Mütter 8,2%, von den durch Hebammen gewendeten Kindern wurden todtgeboren 33,3%, starben Mütter 2,6%.

sind die Ergebnisse der Statistik nicht so geklärt, dass man ein Recht hätte, die Schuld der meisten unglücklich verlaufenden Fälle den Hebammen aufzubürden. Die Gesundheitspflege kann auch nicht darauf begründet sein, dass alle Fälle ärztlich behandelt werden müssen (denn das ist einfach unmöglich), und die nicht ärztlich behandelten ihrem Schicksal überlassen werden, sondern darauf, dass in jedem einzelnen Falle die möglichst beste Hilfe geleistet werde, also durch einen Arzt, sobald ein solcher zu beschaffen ist, durch die Hebamme, wenn das Erstere unthunlich bleibt. Auf zwei Punkte kommt es doch nur an, auf die Technik und auf gehörige Desinfektion. Die Technik ist den Hebammen, namentlich bei den jetzt längeren Lehrkursen, leicht beizubringen (nach Äußerung eines hervorragenden anderen Mitgliedes der Kommission für das neue Lehrbuch schon in wenigen Tagen), ihre Ausübung kann also nicht bedenklich sein, die Desinfektion aber wird, je mehr jüngere Hebammen in Wirksamkeit treten, um so pünktlicher ausgeführt werden, und die Ansteckung ist außerdem durch das Verbot der Wendung und der künstlichen Lösung des Mutterkuchens keineswegs ausgeschlossen. Oder kann etwa bei der inneren Untersuchung durch Hebammen vor und nach dem Blasensprunge keine Ansteckung durch Einführung infektiöser Keime in die Scheide und aus dieser in die Gebärmutter stattfinden? — Ein Verbot jedes inneren Eingriffes würde also in den seltenen Fällen, wo solches nöthig wäre, nur die richtige Hilfeleistung vereiteln und dadurch mancher Gebärenden den sicheren Tod bringen, aber durchaus nicht die Möglichkeit der Ansteckung verhindern.

Endlich, will man Hebammen 1. und 2. Klasse schaffen, solche mit und solche ohne Berechtigung? Will man den bisher überall im Nothfalle dazu befugten Hebammen und den künftig etwa ausnahmsweise für bestimmte Bezirke dazu berechtigten, wenn letztere in einen anderen Bezirk verziehen, die Befugnis wieder nehmen? Dass ohnehin verhältnismäßig selten Hebammen die Eingriffe wagen, bestätigt auch Herr Ahlfeld.

Kommt es schließlich, und nicht nur auf dem Lande, sondern auch in größeren Städten, nicht vor, dass rechtzeitig kein Arzt zu beschaffen ist, zumal es jetzt ganz in des Arztes Belieben steht, ob er kommen will oder nicht?

Aus diesen Erwägungen bin ich der Meinung, dass den Hebammen unter den schon bisher gültigen, beschränkenden Bestimmungen die Befugnis zur Wendung und künstlichen Lösung des Mutterkuchens verbleiben soll.

(Aus dem Mannheimer Wöchnerinnenasyle.)

II. Weitere 200 Geburten ohne innere Desinfektion.

Von

Dr. **Mermann.**

Trotzdem seit meiner letztjährigen Publikation (Centralbl. 1889 No. 16) aus mehreren Kliniken, so aus Dresden, Pest, neuerdings wieder größere klinische Statistiken veröffentlicht wurden, die an theilweise sehr großem Materiale den Beweis erbracht hatten, dass ohne innere Desinfektion der Wochenbettsverlauf gerade so gut oder besser sei, als in Anstalten, in denen eine solche für nöthig gehalten wird, will ich doch in der Veröffentlichung der Resultate der hiesigen Anstalt fortfahren, und zwar, weil unser Material, das nicht Unterrichtszwecken dient, zur Klärung der Frage das denkbar reinste ist und dann, damit der Beweis erbracht werde, dass die Zahlen eines Jahres nicht auf zufälligen Ursachen beruhen.

Meiner Ansicht nach kann über die Frage der Selbstinfektion nach unseren heutigen Kenntnissen ausschließlich die klinische Statistik Aufschluss geben, dieselbe Methode, die Semmelweiß zu seiner Beweisführung gedient hat. Und wie damals der erdrückenden Wucht der Semmelweiß'schen Statistik gegenüber die Gegner ihre Beweise aus fertigen Theorien oder aus Experimenten schöpfen wollten, so legen auch heute die Anhänger der Selbstinfektionslehre zu viel Werth auf theoretische Reflexion, auf Thierexperimente und vorerst jedenfalls noch ungenügende bakteriologische Resultate.

Auch der statistische Hinweis auf den Semmelweiß'schen Begriff der Selbstinfektion ist heute, wie ich auf dem letzten Gynäkologenkongress schon erwähnte, nicht stichhaltig. Semmelweiß sagt, er glaube, dass noch nicht eine unter 100 Gebärenden an Selbstinfektion sterbe, führt aber selber aus Statistiken viel geringere Zahlen an. Zu seiner Zeit betrug die Infektionsmortalität der Anstalten, die ihm zum Vergleiche standen, ca. 10%. Semmelweiß glaubte also durch subjektive Antisepsis die Sterblichkeitszahl vielleicht auf den 10. Theil herabzusetzen. Heute beträgt die Infektionsmortalität der Anstalten mit ausschließlich subjektiver Antisepsis ca. 0,2. Im Semmelweiß'schen Sinne würde also die Selbstinfektion 0,02, das ist eine unter 5000 Wöchnerinnen, kosten — damit können wir vorerst zufrieden sein. — Gerade wer sich, wie z. B. Hegar, eingehend und pietätvoll in das Studium von Semmelweiß vertieft, kommt zu der Überzeugung, dass Semmelweiß eine Selbstinfektion für seltener gehalten hat, als er vorsichtigerweise approximativ angegeben hatte, es fehlten ihm Verhältniszahlen für die Außeninfektion. Das hat Hegar schon in seiner Biographie von Semmelweiß und neuerdings wieder in seinem Vortrage: »Zur puerperalen Infektion« (Sammlung klin. Vorträge No. 351) betont.

Dass andere als klinische Statistik, also Landesstatistik und Ähnliches, für die ätiologische Frage des Puerperalfiebers nur in der Weise

verwendbar ist, dass sie Antwort auf die Frage giebt, wie viel Frauen sterben in einer gegebenen Zeit nach der Geburt, zeigt unsere badische Statistik, die wohl eine der besten in Deutschland ist, mindestens eine, auf die seitens der Behörden am meisten Fleiß verwandt wird. Schon die Frage, wie viel Frauen sterben an Puerperalfieber, kann man aus ihr nur mit großen Kautelen nach Wahrscheinlichkeitsgesetzen berechnen. Es dient unsere badische Statistik vielerlei Bearbeitern zur Grundlage ihrer Studien — aber jeder liest das aus ihr heraus, was er vorher als Überzeugung in sich hat. Kaltenbach sagte auf dem letzten Gynäkologenkongress, gerade die eingehende jahrelange Beschäftigung mit der badischen Statistik und ihren Grundlagen habe ihn die Wahrscheinlichkeit einer Selbstinfektion und die Möglichkeit eines Verhütens dieser Fälle durch Scheidendesinfektion gelehrt. Eben so zieht Battlehner seine Anschauungen über Selbstinfektion und den Nutzen innerer Desinfektion aus der badischen Statistik und aus den Tagebüchern der Hebammen. Die Beweisführung Battlehner's hat v. Szabó (Arch. f. Gyn. XXXVI, 1) jüngst, wie ich glaube, zutreffend widerlegt. — Zu den gerade entgegengesetzten Folgerungen, wie Kaltenbach und Battlehner, kommt Hegar, gerade die badische Statistik lehrt ihn die Selbstinfektion für ein sehr seltenes Ereignis halten, und er kommt zu dem Schlusse, dass der Mangel an Besserung in der puerperalen Mortalität in der antiseptischen Zeit, ja die mehrjährige nicht unbedeutende Verschlechterung der Todeszahlen, wie sie die badische Statistik aufweist, eine Folge der Scheidenausspülungen der Hebammen sei. Hegar sagt wörtlich in dem vorhin citirten Vortrage: »Ich weiß dafür (für die Verschlechterung der Hebammenmortalität gegen die vorantiseptische Zeit) keine andere Ursache aufzufinden, als den durch die antiseptischen Maßregeln, besonders durch die vorgeschriebenen Einspülungen geförderten Eintritt pathogener Mikroorganismen in den Sexualtract und die durch die Vorschriften zur Desinfektion begünstigte Vielthuerei.« Das ist in nuce, was ich seit Jahren immer und immer wieder behauptet habe und was auch ich aus der badischen Statistik herausgelesen und in einem Vortrage im hiesigen ärztlichen Vereine betont habe. Was für die badische Statistik gilt, gilt natürlich auch für die anderer deutschen Länder. Fehling schließt sein Kapitel über Mortalitätsstatistik verschiedener Länder in seiner »Physiologie und Pathologie des Wochenbettes« mit den Worten: »... zugleich ergiebt sich daraus das beschämende Faktum, dass die Antisepsis der letzten 10 Jahre die Sterblichkeit nur theilweise beeinflusst hat.« Bezüglich der Mortalität nach ärztlichen Eingriffen ergiebt die badische Statistik, abgesehen von der sehr wichtigen, von Hegar ernst hervorgehobenen Thatsache, dass heute die Mortalität erst wieder auf die der vorantiseptischen Zeit gekommen ist, weil das Vertrauen in die Antisepsis die Ärzte zu vielen Luxusoperationen verführt[1], auch wieder die Thatsache, dass die Jahre der antisep-

[1] Für das Land Baden beinahe 2½% Zangen! Für die Städte erhöht sich aus

tischen Polypragmasie, die Zeit der massenhaften prophylaktischen und therapeutischen Uterusausspülungen, der Überschwemmungen der Vagina die schlechtesten waren.

Allseits wurde bisher der Ausdruck Selbstinfektion, als von falschen Voraussetzungen ausgehend und falsche Anschauungen erweckend, beanstandet und in vielen Vorschlägen nach einem passenderen gesucht. Ich glaube, unseren heutigen Anschauungen, namentlich den bisherigen bakteriologischen Resultaten, würde am besten der Ausdruck Scheideninfektion entsprechen. Dass die höher gelegenen Organe des Sexualtractes a priori keimfrei sind, haben fast alle bakteriologischen Untersuchungen ergeben, nur der Inhalt der Scheide kann der inficirende — seltene pathologische Verhältnisse, wie intraabdominelle zufällig maligne Kokken enthaltende Eiterherde etc. abgerechnet — sein; darüber sind Alle einig, nur halten die einen eine solche Infektion von schon vor der Geburt in der Scheide befindlichen Keimen für ein ganz außergewöhnlich seltenes und dann leichtes Ereignis, die anderen, die Anhänger der Scheidendesinfektion, für ein sehr häufiges und schweres.

Dieser Ausdruck steht ganz im Einklange mit den Kaltenbach'schen Anschauungen, der in ganz präciser Weise die ausschließliche Mechanik einer solchen Infektion definirt hat. Trotzdem kann ich, abgesehen von der anderen Meinung über die Frequenz des Eintrittes der Scheideninfektion, doch nicht den ganzen Gedankengang Kaltenbach's für richtig halten. Kaltenbach's Theorie der Ungefährlichkeit zurückbleibender Eihauttheile bei Vermeidung der Scheideninfektion, wie er und sein Schüler Eberhart sie an verschiedenen Orten schildern, so plausibel und bestechend sie ist, scheint mir doch nicht unantastbar. Abgesehen davon, dass wir ja nicht im Stande sind, dauernd tagelang die Scheide frei von pathogenen Keimen zu halten, dass die Ausspülungen ja nur temporär die Virulenz derselben abschwächen, wie ja Kaltenbach selber zugiebt, so stehen doch die im Uterus befindlichen zurückgelassenen organischen Massen zweifellos mit ubiquären Fäulniskeimen in Verbindung und können durch diese Fäulniskeime Verwesungsprocesse eingehen, werden »zersetzte thierisch-organische Substanz«. Denn der Glaube, dass in der Uterushöhle befindliche Eihaut- oder Placentareste von der Außenwelt abgeschlossen sind, ist doch ein nicht richtiger. Auch wenn gar keine Blutung, keine Gerinnselbildung da ist, gar keine Wehen und dadurch veränderte, bald steigende, bald fallende Druckverhältnisse im Uterusinneren vorhanden sind, steht doch die Uterushöhle nach der Geburt oder nach dem Aborte, wenn sie größeren Inhalt hat, der durch den Reiz seiner Anwesenheit den Muttermund nicht vollständig zum Schlusse kommen lässt, durch die Scheide mit der Außenwelt,

---

naheliegenden Ursachen diese Zahl noch. Zum Vergleiche führe ich an, dass im hiesigen Wöchnerinnenasyle, das dieselbe Verhältnisszahl Erstgebärender hat wie die Gesammtbevölkerung, auf 400 Geburten 3 Zangen kommen.

wenn auch nicht immer, aber doch häufig in Verbindung. Dass man manchmal noch nach Wochen oder Monaten unzersetzte Placenten nach Abort ausstoßen sieht, schließt doch die Möglichkeit des häufigen Kommunicirens der Uterushöhle mit Inhalt mit der Außenwelt unter anderen Bedingungen nicht aus. Die Erfahrung lehrt, dass in der Mehrzahl der Fälle die Placenta- oder Eihauttheile zersetzt sind, auch wenn sie nicht immer Fiebererscheinungen machen. Aber zweifellos sind unsere Kenntnisse darüber noch nicht endgültig abgeschlossen, ob nicht zersetzte organische Substanzen auch ohne Einwirkung pathogener Keime, also nicht nur als Nährboden eindringender Kokken, sondern an und für sich durch Resorption von Ptomainen fieberhafte Intoxikationserscheinungen machen. Die bisherigen Forschungen sprechen dafür, auch der klinische Verlauf solcher Fälle, wenn sie rein sind, d. h. wenn es sich nicht um eine Mischinfektion hinzugetretener Kokken zu den zersetzten Stoffen handelt, spricht dafür, dass wir es mit einer Intoxikation sui generis zu thun haben. Das Resorptionsfieber nach zurückgebliebenen Eihauttheilen, wenn keine pathogenen Kokken dazu gekommen sind, verschwindet sehr rasch nach dem Entfernen dieser zersetzten Massen. Und warum sollen eigentlich diese zurückgebliebenen Massen, falls nicht besonders günstige Zufälle es verhüten, sich nicht zersetzen? Wenn man ein größeres Stück Chorion in eine Glasschale, die ihrerseits wieder mit einer mit der atmosphärischen Luft breit kommunicirenden Röhre in Verbindung wäre, legte, so würde dieses Stück doch gewiss im Laufe von ein paar Tagen in Fäulnis übergehen, auch wenn beide Gefäße frei von pathogenen Kokken blieben und auch wenn man in die Verbindungsröhre zweimal täglich Sublimatausspülungen machte, namentlich wenn der Apparat sich in einer Temperatur von 37° C. befände. Unsere heutigen noch sehr ungenügenden Kenntnisse über die Agentien der puerperalen Infektion erlauben uns nur zu sagen, die zersetzte thierisch organische Substanz im Sinne von Semmelweiß ist in den meisten Fällen nur der klassische Nährboden für pathogene Keime, ob sie nicht an und für sich Anlass — ohne die Einwanderung pathogener Kokken — zu Erkrankung geben kann, können wir vorerst nicht entscheiden, jedenfalls nicht verneinen. — Also damit die in der Uterushöhle zurückbleibenden Eihauttheile sicher ungefährlich bleiben, müssten zwei weitere Bedingungen erfüllt werden, eine ständige, dauernde Sterilisirung der Vagina und ein sicherer Abschluss des Uterusinneren von der Außenwelt. Diese Bedingungen könnten annähernd erfüllt werden, wenn man nach gründlicher Desinfektion der Vagina durch Ausspülungen und Abreibungen diese energisch mit Jodoformgaze austamponirte. Für die Behandlung des Abortes würde aus diesen Folgerungen die Tamponade, abgesehen von ihrer blutstillenden und Wehen anregenden Bedeutung, noch in so fern für werthvoll angesehen werden müssen, als sie im Gegensatze zu den bisherigen Meinungen den Inhalt des Uterus vor Fäulnis und Sepsis schützt. Für

die Behandlung der Eihautretention nach rechtzeitiger Geburt ist eine solche Tamponade aus anderen Gründen natürlich nicht durchführbar.

Für solche noch ungelöste Fragen der Ätiologie der fieberhaften Zustände im Wochenbette können nur neue bakteriologische Untersuchungen, deren Perspektive ja Bumm in treffender Weise skizzirt hat, Aufschluss geben. Für ganz irrelevant zur Lösung solcher Fragen und für noch irrelevanter für die Frage der Nothwendigkeit innerer Desinfektion halte ich Thierexperimente, wie sie Kehrer seit langer Zeit nach verschiedenen Richtungen hin vorgenommen hat, Experimente, denen im Müller'schen Handbuche ein so breiter Raum von Kehrer gewidmet wird. Mir scheint die ganze Fragestellung dieser Experimente eine falsche. Dass Lochialsekret gesunder oder kranker Wöchnerinnen oder Vaginalsekret Schwangerer mit seinen abgestorbenen Epithelien, seinen Fettsäuren etc., in den Kaninchenrücken injicirt, in einer gewissen Anzahl von Fällen Abscesse macht, will doch gar nichts heißen. In den Kaninchenrücken gehören diese Dinge eben nicht; in den Uterus und die Vagina einer bestimmten Wöchnerin und einer bestimmten Schwangeren gehören sie. Diese Experimente kommen mir vor, wie wenn ein Forscher durch exakte Versuche beweisen wollte, man müsse den Giftsack einer Giftschlange entgiften, sonst müsse dieselbe sterben, denn so und so viele Experimente hätten ergeben, dass Kaninchen trotz sterilisirter Spritze und trotz aller Kautelen bei den Versuchen nach Injektion von so und so viel Tropfen Inhaltes des Giftsackes gestorben wären. Das Gift der Natter gehört eben in die Giftdrüsen derselben und nirgends anders hin. Ein Tropfen Sekret einer Schwangeren mit granulöser Vaginitis einer frischen Wöchnerin in die Vagina gebracht, würde diese voraussichtlich schwer inficiren, während die Erzeugerin dieses Saftes wohlgemuth ein fieberloses Wochenbett durchmacht.

Unserer früheren Statistik wurde der Vorwurf gemacht, sie käme aus einer Anstalt mit sehr kleinen Verhältnissen. So sehr klein ist die Anstalt nicht, sie steht der Frequenz und den Einrichtungen nach auf einer Stufe mit den kleineren Universitätskliniken und ist größer als viele deutsche Hebammenanstalten. Die Zahl von 21 Betten und fast 200 Geburten im vorigen Jahre lässt sie auf einer Größe stehen etwa mit Gießen, aus der Ahlfeld seiner Zeit seine großen Schlüsse zog. — Übrigens begreife ich nicht, was die Kleinheit einer Anstalt mit der Frage der Selbstinfektion zu schaffen hat; je kleiner, je übersichtlicher die Verhältnisse, desto besser kann man allerdings Außeninfektion verhüten, die Selbstinfektionsfälle müssen in allen Anstalten, ob groß oder klein, ungefähr dieselben Procente geben; alles Plus an Temperatursteigerungen, das andere Anstalten haben, muss Außeninfektion durch mangelnde subjektive Antisepsis bei Verwendung zu Lehrzwecken oder Kaltenbach'sche Mischinfektion durch Untersuchung sein. Dass wir auch ein Plus durch Außeninfektion bei der Untersuchung haben, zeigt der Procentsatz unserer Geburten

gegen die ununtersuchten Leopold's. — Kehrer lässt durch einen seiner Assistenten in seinen jüngst erschienenen »Beiträgen zur klin. und exp. Geburtskunde« (Bd. II, Hft. 4 p. 450) über unsere Statistik — wenigstens glaube ich, dass der Passus sich auf unsere Anstalt bezieht — Folgendes sagen: »Angesichts der hier bestehenden divergirenden Auffassungen und Handlungsweisen ist es nöthig, einige Aufschlüsse über den hiesigen antiseptischen Modus zu geben, namentlich mit Rücksicht auf die in neuester Zeit publicirten, ich möchte sagen, tendenziösen Morbiditätsstatistiken, deren Material unter strenger Kontrolle einer einzelnen Persönlichkeit und unter ganz bestimmten Bedingungen gesammelt wurde.« Das ist ganz richtig, den Berichten aus der hiesigen Anstalt liegt ja die ausgesprochene Tendenz zu Grunde, zu zeigen, was ist Außeninfektion und wie viel oder wie wenig Raum bleibt der Selbstinfektion trotz Untersuchung der Kreißenden übrig. Die klinischen Anstalten können diese Fragen, wie ich schon oft betont habe, nicht lösen. Wenn der Verf. dann fortfährt: »derartige Statistiken werden immer nothwendig sein, wenn es sich darum handelt, wissenschaftliche Fragen zu lösen«, so möchte ich ergänzen, dass derartige Statistiken zur Lösung der eminent praktischen Frage, sollen die Hebammen außer subjektiver Antisepsis noch etwas machen, sehr entscheidend sind.

Übrigens lässt sich gerade aus der Kehrer'schen Statistik, wie sie sich in den verschiedenen Heften seiner »Beiträge« vorfindet, der Einfluss der Verminderung der internen Desinfektion auf die Verbesserung der Morbidität in der eklatantesten Weise erkennen. Von einer Morbidität im Jahre 1881 und 1882 von beinahe 78%, zu einer Zeit, wo Kehrer so viel Werth auf Ausspülungen und so wenig auf subjektive Antisepsis legte, dass er, weil das Personal zu den massenhaften Ausspülungen nicht reichte, den Wöchnerinnen von Hausschwangeren Einspülungen machen ließ (»Beiträge« Bd. II, Hft. 3), ist dieselbe successive und genau den weniger werdenden internen antiseptischen Eingriffen entsprechend bis auf 25% (ohne die außer Rechnung gelassenen extragenitalen Fieberfälle) im Jahre 1889 heruntergegangen. Dass in der Zwischenzeit die Klinik in ihre jetzigen Räume verlegt wurde, halte ich bei genügender subjektiver Antisepsis für nicht sehr wichtig. — Dass man ohne jede interne Desinfektion bessere Resultate bei größerer Ausnutzung des Materials zu Unterrichtszwecken unter den schlechtesten äußeren Verhältnissen der Anstalt erreichen kann, zeigen die Zahlen der Pester Anstalt, die mit 16—17% Morbidität aus den Jahren 1886 und 1887 mit ca. 5% unter den veröffentlichten Durchschnittszahlen der deutschen Kliniken stehen. Woher kommt das? So gut wir hier in Mannheim bei der weitgehendsten subjektiven Antisepsis immer noch 4% Temperatursteigerung mehr haben, als Leopold's nicht untersuchte Wöchnerinnen, wenn also das ein- oder mehrmalige Einführen des Fingers von einer oder zwei Personen, die den Finger bestmöglichst aseptisch machen, doch noch 4% Temperatursteigerung macht, so

muss also das Einführen des Mutterrohres, der Injektionsflüssigkeit unter den denkbar aseptischsten Verhältnissen, wie sie Kliniken gewähren, das Plus machen, das andere Anstalten mit gleichen Unterrichtszwecken mehr haben, als die Pester oder etwa die Prager Anstalt. Wenn mit dem mit allen Kautelen aseptisch gemachten Finger noch Keime in die Genitalien kommen oder im Kaltenbach'schen Sinne dort befindliche Keime verschleppt werden, so müssen solche auch mit dem mit allen Kautelen aseptisch gemachten Injektionsapparat hineinkommen oder dort verschleppt werden. Oder aber die Einspülungen öffnen einer Infektion durch Abschilferung des Vaginalepithels, wie früher schon Fritsch (Pathol. u. Therap. d. Wochenbettes) und neuerdings Bokelmann (Zeitschr. f. Gyn. XVII, 2 u. a. O.) annehmen, eher die Pforten. Oder aber — und das spielt gewiss für manche Anstalten eine Rolle — die wissenschaftliche Überzeugung von der häufigen Möglichkeit der Selbstinfektion lässt die Anhänger dieser Lehre so manche Fehlerquellen der peinlichsten subjektiven Antisepsis im Kreißzimmer oder namentlich im Wochenzimmer übersehen. Das liegt so im unbewussten menschlichen Handeln!

Auch auf die Augen der Kinder hat das Unterlassen der Scheidendesinfektion keinen nachtheiligen Einfluss. Wir haben unter den letzten 200 Geburten nicht einen einzigen Fall einer Ophthalmoblennorrhoe gehabt, trotzdem wir auch keine Höllensteineinträufelungen machen. Unter den ersten 200 hatten wir 5 Fälle leichter Blennorrhoe oder vielmehr starker Conjunctivitis, von denen der größte Theil dem Höllenstein zur Last fällt; denn seit wir die Augen der Kinder, wie in den letzten 200 Geburten ausschließlich sofort nach geborenem Kopfe nur mit destillirtem Wasser gründlich reinigen, haben wir nicht einen Fall einer stärkeren Conjunctivitis gehabt, nicht einen Fall, der irgend einer Behandlung bedurft hätte.

Die antiseptischen Maßnahmen in der Anstalt sind dieselben geblieben, wie sie früher geschildert wurden, auch in der Art und der Zahl der Untersuchungen und der Leitung der Nachgeburtszeit wurde nichts geändert. Im Jahre 1889 wurden 202 Frauen in die Anstalt aufgenommen. — Nebenbei bemerkt, beweist diese Frequenz, die noch immer im Zunehmen begriffen ist, ein wie großes Bedürfnis Wöchnerinnenasyle für größere Industriestädte sind und wie rasch die Armenbevölkerung die Wohlthat und den gesundheitlichen Schutz solcher Anstalten erkennt. — Von diesen Frauen kamen 193 am Ende oder nahezu am Ende der Schwangerschaft in der Anstalt nieder, bei zweien handelte es sich um Abort, die anderen sieben waren in der Schwangerschaft einige Tage in der Anstalt, verließen dieselbe, als sich keine Wehen zeigten und kamen dann zu Hause nieder. Ich ziehe die 193 Geburten in Rechnung und nehme die ersten 7 Geburten, die bis 6. Januar d. J. erfolgt waren, hinzu, um wieder über 200 Geburten referiren zu können. Unter den Gebärenden waren 44 Erstgebärende, 156 Multiparae. Unter den Geburten waren 183

spontan abgelaufene Schädellagen. Von Dystokien kam vor: 1 Perforation, 1 Zange, 1mal Zwillinge mit Querlage des einen Kindes, 2 Gesichtslagen, 4 Steißlagen mit einer Extraktion, 2 Wendungen bei Querlagen, 1 bei engem Becken und Kopflage und 1 bei Nabelschnurvorfall, 1 intra-uterine Nachgeburtslösung, 1 intra-uterines Holen des zurückgebliebenen Chorions, 1 todtfauler Hydrocephalus, 1 Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge. Unter sämmtlichen 200 Geburten wurde zweimal Desinfektion der Vagina durch Ausspülungen und Abreibungen vorgenommen, 1mal vor der Perfo-ration, weil die Frau mit 38,2 nach Untersuchung und tagelangem Kreißen von draußen in die Anstalt kam, das zweite Mal vor dem Einführen des Bougie bei der künstlichen Frühgeburt. Sonst wurde keine Ausspülung oder sonst irgend eine interne antiseptische Maßregel auch vor oder nach den operativen Eingriffen nicht vorgenommen. Ich muss gestehen, dass ich sehr ängstlich daran gegangen bin, vor intra-uterinen Eingriffen, wie namentlich Wendung und der intra-uterinen Placentaentfernung, keine Scheidendesinfektion vorzunehmen, weil ich theoretisch die Richtigkeit der Kaltenbach'schen Lehre von der Verschleppung der etwa vorhandenen pathogenen Scheidenkeime in den Uterus annahm. Sämmtliche operative Eingriffe ohne Desinfektion verliefen aber fieberlos, das bestimmt mich, vorerst einmal weiter in der Anstalt so vorzugehen und zu erproben, ob dieser Mechanismus der Infektion nicht auch ein äußerst seltener ist. — Unter diesen 200 Geburten haben wir keinen Todesfall — Ahlfeld möge daraus ersehen, dass auch dieses Postulat, das er verlangt hat, sich erfüllen lässt. Im Ganzen kamen unter diesen 200 Geburten 12 Fälle von Temperatursteigerungen vor, also 6% Morbidität. Dabei bemerke ich, dass ich alle Temperatursteigerungen, auch die des ersten Tages, die je 38° C. erreichten, anführe, und nicht solche, die etwa von extragenitalen Erkrankungen ausgehen, ausscheide und dass ich die Temperaturen bis zum 10. Tage, dem gewöhnlichen Entlassungstage, notire. Die Kontrolle der Temperaturmessungen ist eine sehr exakte, die äußerst erfahrene Oberin der Anstalt kontrollirt jede Messung. Unter den 12 Steigerungen waren 11 der allerleichtesten, 1—3tägige Steigerungen bis zum Maximum von 39,5, eine Frau hatte nach leichter Geburt ein 19-tägiges Fieber mit einer Venenthrombose des Beines, das am dritten Tage nach der Geburt erfolgte und jedenfalls auf irgend einer Außeninfektion beruhte; wir hatten gerade zu der Zeit 2 frische Wärterinnenschülerinnen im Hause, von denen die eine die Pflege dieser Wöchnerin unter Anleitung einer älteren Wärterin, die aber selber sehr in Anspruch genommen war, unter sich hatte. Übrigens verließ auch diese Wöchnerin am 26. Tage nach der Geburt die Anstalt vollständig gesund. Die 11 anderen Frauen verließen sämmtlich am 10. Tage gesund die Anstalt; zu diesen 11 gehört auch die Frau, an der die Perforation gemacht wurde und die fiebernd der Anstalt eingeliefert wurde, dieselbe hatte nach der Geburt noch einmal am ersten

Tage 38,5. Wenn diese abgezogen würde, hätten wir nur $5^1/_2$ % Temperaturerhöhung und darunter noch zwei, deren 1- und 2tägige Abenderhöhung zweifellos von einer Angina ausgegangen ist.

Wir haben jetzt konstant für 300 Geburten 6%, denn auch für die letzten 200 vertheilen sich die Steigerungen beinahe gleichmäßig, 7% und 5%. Für das erste Hundert nach Eröffnung der Anstalt hatten wir 21%. Diese Differenz von 15% gegen das jetzt Erreichbare rührte ausschließlich von kleinen Verstößen der subjektiven Antisepsis und der Übersehung so vieler Kleinigkeiten, auf die jeder neue Fall von Temperatursteigerung aufmerksam machte, her; denn principiell wurde nicht das Geringste in den antiseptischen Maßregeln geändert. Früher wurde häufig und jetzt noch vereinzelt aus Kliniken berichtet, dass seit Wechselung dieses oder jenes antiseptischen Mittels zur inneren Desinfektion die Morbidität um so und so viel sich gebessert habe. Diese Besserungen rühren wohl ausschließlich aus der Beachtung größerer subjektiver Antisepsis, wie sie mit dem Probiren jeden neuen Mittels unwillkürlich verbunden ist, her, und meistens wurden dann — auch wohl unbewusst — diese jeweiligen Errungenschaften besserer subjektiver Antisepsis in dem Getriebe der Anstalten erhalten und die Morbidität bleibt besser, nicht weil statt Karbol Sublimat oder Creolin eingespritzt wird oder weil noch Mollinabreibungen gemacht werden!

So lange wir die schädliche Noxe der Infektion nicht genau kennen, müssen wir in der subjektiven, der Kreißenden niemals schädlichen Antisepsis lieber ein Zuviel thun. Später werden wir auch darin zu einfacheren Maximen kommen.

III. Ein zweitheiliges Röhrenspeculum (Speculum à glissières).

Von

Dr. O. Delbastaille (Lüttich).

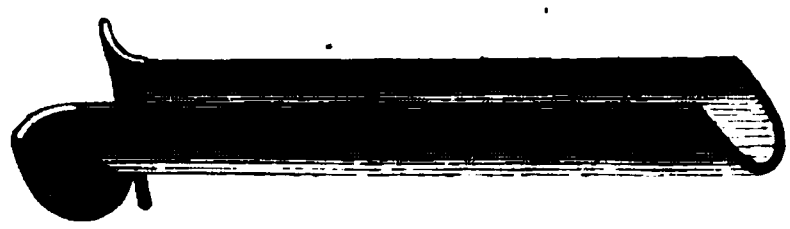
Das Instrument hat die Form eines vorn abgeschrägten Hohlcylinders (wie das Fergusson'sche Speculum), der durch einen Schnitt in der Ebene der Cylinderachse in zwei Hälften zerlegt ist. Jedes der beiden Blätter von 15 und 13 cm Länge trägt an seiner Längsseite eine Hohlrinne, in welche der Rand des anderen Blattes eingreift, so dass sie mit Leichtigkeit an einander der Länge nach verschoben werden können.

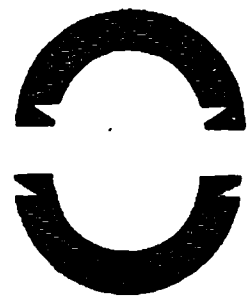
Das untere Blatt, das längere, besitzt in der Mitte des ganz kurzen, schwach trichterförmigen Pavillons einen viereckigen Zapfen, ähnlich jenem des Simon'schen Löffelspeculum, an welchem ein Griff angepasst werden kann, wenn man die Vaginalwand stark zurückziehen will. Der Griff ist in der Zeichnung weggelassen worden.

Das Speculum wird als geschlossener Cylinder auf die bekannte Weise eingeführt. Zieht man nun das obere, respektive vordere Blatt

allmählich zurück, so überblickt man das vordere Laquear, dann die vordere Scheidenwand und entfernt man dasselbe vollständig, so bleibt die Portio durch das untere, respektive hintere Blatt eingestellt, wie in einem Sims'schen oder Simon'schen Spiegel.

Um die hintere Scheidenwand zur Ansicht zu bringen, lässt man das vordere Blatt an Ort und Stelle. Hat man den Uterus mittels einer Hakenzange gefasst und will man ihn herunterziehen oder handelt es sich darum, die Sonde oder irgend ein anderes Instrument in das Cavum uteri vorzuschieben, so kann man nach Belieben zuerst ein Blatt, dann das andere entfernen, um sich frei bewegen zu können.





Zur Ausführung dieser Handgriffe bedarf es keiner Assistenz. Das hintere Blatt des Speculum, mit seinem Griffe armirt, ersetzt gelegentlich ein Löffelspeculum von Sims oder Simon.

Ich habe mein Speculum »à glissières« in verschiedenen Größen aus Metall anfertigen lassen; das Instrument lässt sich ohne Schwierigkeit vollkommen glätten, reinigen und desinficiren, nimmt, in seine Hälften zerlegt, sehr wenig Raum ein und ist leicht zu verpacken. Es ist durch den Instrumentenmacher Herrn Wengenroth, Lüttich, Rue du Verbois 24, zu beziehen. Preis 12 Fr. mit Griff.

---

1) V. Czerny. Über die chirurgische Behandlung intraperitonealer Tuberkulose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. VI. Hft. 1. p. 73—97.)

Die tuberkulöse Peritonitis ist meistens schon eine sekundäre Infektion, bedingt entweder durch Invasion von der Pleura her oder von der Darmschleimhaut, den Mesenterialdrüsen oder dem Urogenitalapparat. Auch eine Reihe von sogenannten idiopathischen Peritonitiden welche spontan zur Resorption kommen, beruhen ebenfalls auf tuberkulöser Infektion. Dasselbe gilt für manche Fälle von sogenannter idiopathischer Typhlitis. C. unterscheidet

2 Formen von tuberkulöser Peritonitis, eine mit flüssigem Exsudat und miliarer Knötchenbildung, die andere, welche aus dieser durch Resorption der Flüssigkeit, Eindickung und Verkäsung der festen Bestandtheile hervorgehen kann, mit derben geschwulstähnlichen Knoten, Platten und Strängen. Die 3 Versuche C.'s, diese letztere trockene, adhäsive Form operativ in Angriff zu nehmen sind wenig ermuthigend in ihren Resultaten. Als Schlussresultat wird der Satz aufgestellt: wenn Tuberkulose der Genitalien, des Darmes oder der mesenterialen Lymphdrüsen besteht, wird es unsere Aufgabe sein, diese Lokalerkrankungen operativ zu beseitigen, bevor sie zu diffuser Peritonitis geführt haben.

Leider können die diesem höchst interessanten Aufsatz zu Grunde liegenden Krankengeschichten nur ganz kurz referirt werden:

1) Ovariotomie bei Miliartuberkulose des Peritoneum. Heilung nach 11 Jahren konstatirt.

2) Zweifaustgroßer Leistenbruch, in dessen Bruchsack ein handgroßer, entzündlich verdickter und mit miliaren Tuberkeln besetzter Netzzipfel abgetragen wurde. Heilung.

3) Myomotomie. Das Peritoneum der entfernten Geschwulst ist mit miliaren Knötchen besetzt; Tod $^1/_2$ Jahr später an chronischer Peritonitis.

4) Tuberkulöse Geschwüre im Coecum, Anfangs für Wanderniere gehalten. Annähung der rechten Niere mit scheinbarer Besserung. Dann Rückfall, welcher die Resektion des tuberkulösen Darmstückes erforderte. Heilung nach 34 Monaten konstatirt.

5) Tuberkulöser Darmtumor im Coecum, der Anfangs für Carcinom gehalten die Resektion des Darmes erforderte. Verletzung des Ureter. Nierenexstirpation. Tod durch Peritonitis.

6) Darmfisteln aus perityphlitischem Abscess entstanden. Verdacht auf Tuberkulose. Doppelte Darmresektion und direkte Naht; Anfangs Heilung, später wieder Aufbruch der Fisteln.

7) Tuberkulöse Geschwüre im Blinddarm durch Resektion des Darmes geheilt.

8) Peritonitis tuberculosa mit Kothfisteln, amyloide Degeneration der Unterleibsorgane. Versuch die Fisteln durch Darmresektion zu heilen. Tod.

9) Vereiterte tuberkulöse Lymphome des Mesenterium. Incision, theilweise Exstirpation, Drainage. Tod an septischer Peritonitis.

10) Cystisch erweichte (tuberkulöse?) Lymphdrüse des Mesenterium. Exstirpation. Heilung.

11) Käsige Endometritis, Salpingitis, Peritonitis tubercul. Incision. Resektion der Tube. Tod an Miliartuberkulose.

12) Exsudative Peritonitis mit miliarer Tuberkulose. Incision. Tod 3 Monate später.

13) Dasselbe. Tod 2 Monate später.

14) Adhäsive tuberkulöse Peritonitis, theilweise Exstirpation der Tuberkelknoten, sekundäre Kothfistelbildung. Tod.

15) **Dasselbe.** Tod 4 Monate p. op.
16) **Dasselbe.** Tod an Phthise 3 Monate p. op.

G. Middeldorpf (Breslau).

---

2) **Satonski.** Die Methode von Apostoli in der Gynäkologie.

(Medicinische Rundschau 1889. No. 11. [Russisch.])

Verf. zieht aus 30 Fällen folgende Schlüsse, die er indess selbst nicht für »absolut« hält.

1) Bei Hydro- und Hämatosalpinx giebt ein Strom von 150 bis 180 Milliampères glänzende Resultate. Bei Pyosalpinx keine Besserung.

2) Bei chronischer Eierstocksentzündung bei 160—220 Milliampères Verkleinerung der Eierstöcke und Abnahme der Schmerzen.

3) Bei chronischer Metritis ist die Elektricität der Massage vorzuziehen (bis 280 Milliampères). Die Gebärmutter verkleinerte sich und die Schmerzen nahmen ab.

4) Bei Amenorrhoe keine Resultate.

5) Bei Fibroiden vor der Operation immer zu versuchen.

6) Bei Parametritis atrophicans (ein Fall) Besserung.

Reimann (Kiew).

---

3) **Geijl** (Dordrecht). Über Schwangerschaftsdauer und die sie beherrschenden Momente.

(Nederl. tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. No. 1 u. 2. Jahrg. I.)

In nachfolgenden Zeilen tritt G. in eine nähere Besprechung der verschiedenen, die Schwangerschaftsdauer beherrschenden Ursachen.

Wie bekannt, ist Veit der Ansicht, dass der Beginn der Geburt früher eintreten kann, wenn die Zeit, worauf die Cohabitirung stattfand, näher, als wenn sie weiter von der letzterschienenen Menstruation abliegt. G. weist nach, dass dieses nicht immer geschieht, und erforscht zugleich den Einfluss des Coitus und der letzten Menstruation auf die Dauer der Gravidität, während er auch daran erinnert, dass er in seiner Verhandlung »Over den Samenhang der verschillende Geslachtsverschijnselen« mehrere Argumente zum Beweise seiner Ansicht beigebracht hat, dass die Mucosa menstrualis und die Mucosa graviditatis nur quantitativ verschieden sind.

Die von Veit gegen die Schlichting'schen Tabellen gerichteten Vorwürfe erachtet der Verf. als unbegründet, um so mehr, da die bei diesen Tabellen erhaltenen Resultate vollkommen übereinstimmen mit den aus den Veit'schen und Ahlfeld'schen erworbenen.

Auf die Frage: Wann bietet die Mucosa uteri den meist geeigneten Ernährungsboden für ein befruchtetes Ei? antwortet G.: wenn die Menstrualperiode noch im Stadium der Entwicklung verharrt, nicht, wenn sie schon im Zurückgehen begriffen ist. Außerdem hat man 8—10 Tage nach Beendigung der letzterschienenen Menstruation die günstigste Gelegenheit, im Genitalapparat ein nicht befruchtetes

Ei anzutreffen. Dies ist von der täglichen Erfahrung bewiesen und überhaupt von Arnold (Inaug.-Diss., Würzburg) in Ziffern nachgewiesen. So lässt es sich denn erklären, warum der Coitus in den ersten 8—10 Tagen nach der Beendigung der letzterschienenen Menstruation gewöhnlicherweise mehr Effekt hat, wie in den anderen Tagen der freien Periode der Frau, da der Coitus während der ganzen Intermenstrualperiode regelmäßig vollzogen wird. Das Spermatozoid der Cohabitirung der ersten Serie hat also eine günstigere Gelegenheit, um ein zu befruchtendes Ei zu finden, wie das der zweiten Serie.

In 404 von Schlichting beobachteten Fällen findet man 266 Fälle, wo der Coitus während der ersten 14 Tage nach dem Anfange der letzten Menstruation vorgenommen war, und nur 138, wo er während der übrigen Tage stattgefunden hatte.

Jetzt legt G. sich die Frage vor: Wie verhalten sich die befruchteten Eier dieser zwei verschiedenen Perioden? Durch Berechnung findet er, dass die Schwangerschaftsdauer der 238 Eier der ersten Periode ungefähr 8 Tage länger ist, wie die der 138 Fälle der zweiten Periode. Offenbar könnte dies nicht geschehen, wenn der Coitus immer den ihm von Veit zugetheilten Einfluss hätte. Es giebt Fälle, wo die Entwicklung des Eies verzögert ist, weil dieses keine geeignete Mucosa zur genügenden Ernährung findet. In seiner früher erwähnten Arbeit über die Wechselbeziehungen des Geschlechtslebens kam Verf. zu demselben Schlusse. Es bleibt weiter noch die Frage übrig: was mit den frei gewordenen, zur Befruchtung fähigen Eiern geschieht? G. fasst die Resultate seiner Berechnungen in folgenden Thesen zusammen:

1) Braucht die Entwicklung eines Eies, welches nach der letzten Menstruation befruchtet wird, nicht sofort einzutreten, sondern diese kann auch Aufschub erleiden, bis eine neue Menstruationsperiode ihm einen geeigneten Ernährungsboden bietet.

2) Das Ei der letzterschienenen Periode kann augenblicklich befruchtet werden und sein Entwicklungsprocess anfangen. Ein befruchtetes Ei sollte also eine Decidua graviditatis hervorrufen können.

3) Ein Spermatozoon, während der ersten 14 Tage nach der letzterschienenen Menstruation im Genitalapparat deponirt, kann inzwischen kürzere oder längere Zeit auf das zu befruchtende Ovum warten.

4) Eier, in der Intermenstrualperiode oder im Anfange der Menstrualperiode, von welcher die Blutung nicht mehr erscheint, freigelassen, können entweder sogleich oder bald nach ihrer Freilassung befruchtet werden, während den Spermatozoen meistens sogleich die Gelegenheit geboten wird, ein Ei zu befruchten, aber auch nicht selten auf das zu befruchtende Ei warten sollen.

Dass ein befruchtetes Ei sich auf dem Boden einer degenerirenden Menstrualmucosa festsetzen und sein Entwicklungsprocess anfangen kann, erachtet G. nicht für unwahrscheinlich, und hält es selbst für nicht unmöglich, dass eine blutende Uterinmucosa in ein-

zelnen Fällen die Entwicklung eines befruchteten Eies nicht nur nicht unmöglich macht und allein verhindert, doch selbst in einzelnen Umständen absolut nicht schadet. Er wünscht dies nur an einem größeren Material zu prüfen.

Als ein anderer Erfolg seiner statistischen Tabellen ergiebt sich, dass die mittlere Dauer, welche ein sich entwickelndes Ei in der Gebärmutter verweilt, 261 Tage beträgt.

Im zweiten Theile liefert Verf. einen historisch-kritischen Überblick der das Eintreten der Geburtsthätigkeit bedingenden Momente, wie der verschiedenen zur Erklärung derselben dienenden Theorien. G. concludirt, dass alle Theorien rechnen müssen mit einem gewöhnlich nicht genannten Faktor, nämlich mit der Irritabilität des Uterus. Damit die Gelegenheitsursachen, welche man erwähnt findet und welche eben so zahlreich sind, wie die diese Materie behandelnden Autoren, ihre Aktivität entwickeln können, ist ein gewisser Grad von Uterusirritabilität nicht zu entbehren. Sie ist es nun, welche über den Augenblick, in dem die Geburt ihren Anfang nehmen wird, entscheidet: die genannten Gelegenheitsursachen sind nur von sekundärer Bedeutung.

G.'s Ansichten über die Ätiologie der Geburt werden den Lesern des Archivs für Gynäkologie bekannt sein; sie müssen jedoch seiner Angabe nach etwas modificirt werden, 1) weil er es unterließ, das Wesen der Uterusirritabilität zu analysiren und 2) weil er sich irrte, als er die anpassenden mit den kausalen Momenten der Irritabilität auf eine Linie stellte.

Was die Beschaffenheit des Uterus betrifft, um unter der Wirkung einer etwaigen Reizung in einer bestimmten Zeit einen bestimmten Grad von Irritabilität zu erlangen, so soll diese gebunden sein an ein anatomisches Substrat und abhängig von der Konstitution dieses Substrates. Er kann also auch Reib beistimmen, nach welchem die höheren Potenzen des eigenthümlichen Lebens der Gebärmutter, der Pubertät, Schwangerschaft und Geburt schon potentialiter im kindlichen Organismus anwesend sind, jedoch nur in latenter Ruhe. G. selbst will noch einen Schritt weiter gehen, und in der Sprache Darwin's und unseres Hugo de Vries redend, concludiren: dass die Pangene des genannten anatomischen Substrates schon im Keime vorhanden sein soll und sich den gewöhnlichen Gesetzen der Vererbung unterwerfe.

Verf. erkennt vollständig alles Hypothetische seiner Hypothese an, nur ist er der Ansicht, dass keine andere weniger in Streit ist mit den bekannten Thatsachen. Außerdem hätte man nur von ihr neuere Untersuchungen zu erwarten. **A. Mijnlieff** (Breukelen).

Kasuistik.

4) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 28. März 1890.

Vorsitzender: Herr Jaquet; Schriftführer: A. Martin.

Die Namen der zur Aufnahme vorgeschlagenen Ärzte werden verlesen. Herr Orthmann erhält bei seiner Übersiedelung nach Düsseldorf die auswärtige Mitgliedschaft.

A. Martin berichtet über Erörterungen, welche im Vorstand über die Feier des Stiftungsfestes in diesem Jahre und über eine eventuell von der Gesellschaft im August zu veranstaltende Festlichkeit stattgefunden haben und kündigt für die nächste Sitzung einen diesbezüglichen Antrag aus dem Vorstande an.

I. Herr Vowinckel demonstrirt einen von ihm angegebenen Doppelhaken. Das Instrument wird bei Laparotomien als Ersatz der Billroth'schen Haken zum Auseinanderhalten der Bauchdecken angewandt und spart, da es sich selbst hält, 2 Assistentenhände. Es besteht aus 2 auf eine Entfernung von 14 cm fast parallel mit einander verlaufenden Seitenspangen, die sich dann auf der einen Seite einander nähern und durch einen Knebel verbunden sind; die andere Seite trägt die Haken, welche gleichfalls durch einen Knebel an den Seitenspangen befestigt sind. Die Entfernung von den Seitenspangen bis zu der Umbiegungsstelle der Haken beträgt 5 cm, die Haken selbst sind etwas über 5 cm breit und bestehen aus je 4 flachen, unten mit einem kleinen Knopf versehenen Zinken. 5 cm unterhalb der gelenkigen Verbindung der beiden Seitenspangen mit einander ist eine Querspange angebracht, deren Zähne an der einen Seitenspange an einem Stift Widerstand finden und durch eine Feder gegen denselben angedrückt werden. Das Instrument wird geschlossen so eingeführt, dass die Verbindungsstelle der Seitenspangen auf dem Epigastrium liegt. Die Öffnung geschieht durch einfachen seitlichen Zug an den Seitenspangen; die Zähne der Querspange verhindern ein Zurückweichen der Haken. Vor dem Herausnehmen wird das Instrument wieder geschlossen. Die gelenkige Verbindung der Haken mit den Seitenspangen erlaubt ein leichtes Verstellen der Haken in der Bauchwunde. Das Instrument ist sehr solid gearbeitet und kann leicht in seine einzelnen Theile zerlegt und gereinigt werden. Angefertigt ist es von dem Instrumentenmacher Engmann.

II. Herr Saurenhaus: Über sekundäre Dammnaht.

Nach einer Zusammenstellung der in der Litteratur aufgezeichneten Ansichten über die Berechtigung der sekundären Dammnaht berichtet S. über 20 Fälle, in denen 5—20 Tage nach der primären Verletzung die sekundäre Naht gemacht worden war; in nur 2 Fällen blieb die Heilung aus, während in den 18 übrigen glatte Vereinigung eingetreten war.

Die Wunde war in frischeren Fällen nur mit einem Gazebausch abgerieben oder, wo es nöthig erschien, in älteren Fällen mit dem scharfen Löffel und der Cooper'schen Schere geglättet, darauf mit einer fortlaufenden Etagenkatgutnaht vereinigt worden.

S. glaubt, dass auf Grund dieser Resultate die sekundäre Naht in ausgedehnterem Maße angewendet werden dürfe und müsse, als es bisher der Fall gewesen sei.

Der Vortrag wird ausführlich in der Berliner klin. Wochenschrift veröffentlicht werden.

Diskussion. Herr Bokelmann richtet die Frage an den Herrn Vortr., ob in sämmtlichen 20 Fällen primär und zwar mit fortlaufender Katgutnaht genäht worden sei. (Der Vortr. bejaht dies für die meisten Fälle.)

Dann ist es immerhin bemerkenswerth, dass in einem verhältnismäßig kurzen Zeitraum so viele Misserfolge vorkamen, was kaum für die soeben noch wieder von Herrn Saurenhaus betonte absolute Überlegenheit der fortlaufenden Katgutnaht sprechen dürfte. B. selbst hat letztere längere Zeit hindurch ausschließlich angewandt, ist aber, veranlasst durch einige Misserfolge, die sich durchaus nicht durch

lokale oder allgemeine Infektion erklären ließen, für die Vereinigung der frischen Dammrisse zur alten Seidenknopfnaht zurückgekehrt, und hat seitdem kein Ausbleiben der primären Heilung mehr erlebt. Die Anwendung der Seidenknopfnaht erfordert übrigens entschieden weniger Zeit und bleibt für die geburtshilfliche Privatpraxis nach wie vor die bequemste Methode. Andererseits giebt B. zu, dass er speciell für die plastisch-gynäkologischen Operationen in der fortlaufenden Katgutnaht die ideale Nahtmethode erblickt.

Herr Dührssen kann Herrn Saurenhaus in seiner Empfehlung der sekundären Naht nur beistimmen. D. hat ja selbst schon über 3 Fälle von Scheidendammincisionen berichtet, in welchen er die sekundäre Naht mit Erfolg angewandt hat. Nur scheint es ihm so, als ob diejenigen, welche sich der sekundären Naht bedient haben, sich selbst über die erreichten Erfolge wunderten. Diese Auffassung wird aber hinfällig, wenn man sich, wie Gusserow kürzlich bemerkte, darüber klar wird, dass die sekundäre Naht, wie D. sie und auch Herr Saurenhaus geübt hat, d. h. die Anfrischung der Wundränder und das Abkratzen der Granulationen, eine frühzeitig ausgeführte plastische Operation darstellt. Die Erfolge einer solchen Operation müssen stets gute sein, falls man unter anti- resp. aseptischen Kautelen operirt und das richtige Nahtmaterial wählt. Die fortlaufende Etagennaht scheint D. allerdings hierbei nicht so gut zu sein, wie die Seidenknopfnaht. In dem einen Fall von Scheidendammincision, wo D. die nach dem Mastdarm hin vorhandene Fistelöffnung durch eine versenkte fortlaufende Naht schloss, war das unterliegende Gewebe trotz vorheriger gründlicher Abkratzung so morsch, dass der Faden mehrfach durchschnitt. D. würde daher nur die Dammrisse dritten Grades durch eine versenkte fortlaufende Naht in einen Dammriss 2. Grades verwandeln, alle Dammrisse 2. Grades aber durch Seidenknopfnähte vereinigen. Dass eine solche Naht mehr Zeit in Anspruch nimmt, als die fortlaufende, resp. mehr Assistenz erfordert, kann er Herrn Saurenhaus nicht zugeben. Allerdings benöthigt diese Naht wegen der Drainage der Seidenfäden in die Wunde hinein eine antiseptische Verbandmethode, als welche D. die von Fritsch hierfür angegebenen feuchten Sublimatkompressen warm empfehlen kann. Von Dammrissen habe er nur einen Fall vor $^1/_2$ Jahr mit Erfolg durch die sekundäre Naht behandelt. Ihm selbst kommen, seitdem er die Incisionen in der von ihm beschriebenen Weise übt, Dammrisse überhaupt nicht mehr vor.

Herr Veit hat gleichfalls mit der sekundären Dammnaht gute Erfolge erzielt und dieselben übrigens seiner Zeit publicirt. Eine Anfrischung der Granulationen hat er niemals vorgenommen, ihm genügte die energische Desinfektion, wobei allerdings kleine Verletzungen der Oberfläche wohl vorgekommen sein mögen. In Bezug auf das Material der Naht räth er, davon zu abstrahiren, diesem oder jenem den wesentlichen Einfluss auf die Heilung oder Nichtheilung zuzuschreiben; nicht inficirte Dammwunden, die frisch genäht sind, heilen stets, wenn nur exakt genäht. Weil bequem und sicher, räth er, trotz der Bemerkungen des Herrn Bokelmann, zur fortlaufenden Katgutnaht. Nach der Dammnaht tritt Veit übrigens für flüssige Diät und Abführen ein.

Herr E. Carsten bemerkt, dass er mit der fortlaufenden Katgutnaht sehr zufrieden gewesen und es noch sei. Aus seiner klinischen Zeit wisse er, dass nur ein ganz geringer Procentsatz primär genähter Risse nicht geheilt sei. In der Privatpraxis sei ihm bisher nur ein einziger Dammriss nicht geheilt und hier waren die wenig aseptischen Verhältnisse, verbunden mit großen Quetschungen, Schuld und nicht das Katgut.

Herrn Dührssen erwiedert C., dass es wohl nur ein glücklicher Zufall sei, wenn D. überhaupt keine Dammrisse mehr mache. Es giebt eben Dämme, die trotz aller Technik reißen.

Herr Bröse bemerkt, dass er sich den Ausführungen des Herrn Veit, was die chirurgische Nachbehandlung der Dammrisse anbetrifft, vollkommen anschließen könne. Wenn man die fortlaufende Katgutnaht anwendet und die Wunde während des Nähens aseptisch hält, bedarf sie keiner Nachbehandlung. Sowohl Verbände wie Irrigationen sind dann überflüssig, wenn nicht schädlich. Dagegen möchte B. gegenüber der Ausführung des Herrn Veit doch noch eine Lanze für die Opium-

behandlung als Nachbehandlung für komplete Dammrisse brechen. Man muss nur, wenn man die Obstipationsmethode anwendet, den Stuhlgang der Operirten bei flüssiger Diät lange genug anhalten, mindestens bis zum 13. oder 14. Tag. Dann wird stets die Narbe schon so fest sein, dass auch die härtesten Cybala dieselbe nicht mehr zu sprengen im Stande sind. Diese Methode hat vor der abführenden den Vorzug, dass die Kranken während der Heilungsdauer sich ruhiger verhalten, viel schlafen, still liegen könnten, und erspart auch dem Wartepersonal manche Mühe.

Herr Saurenhaus erwiedert Herrn Dührssen, dass er nicht einsehen könne, warum in dem allerdings oft etwas brüchigen Gewebe Katgutfäden leichter durchschneiden sollen, als Seidenfäden. Er glaubt vielmehr, dass durch Etagennaht die Spannung allmählich so gemildert wird, dass der Faden einen weit geringeren Widerstand zu überwinden habe.

Herr Düvelius thut eines einschlägigen Falles von kompletem Dammriss Erwähnung, wo der Riss hoch ins Rectum hinaufreichte. Die Kranke kam am dritten Tage nach der Entbindung in seine Behandlung; eine Naht war vorher noch nicht angelegt worden. Nachdem durch Schaben mit der Schneide des Messers eine blutende frische Wundfläche hergestellt war, wurde mit Katgut in fortlaufender Naht die Vereinigung der Wundflächen ausgeführt. Die Heilung erfolgte per primam und durchaus vollkommen. Er spricht sich dafür aus, auch noch am dritten oder vierten Tage nach der Entstehung eine Vereinigung des Risses vorzunehmen, nachdem durch Abschaben der Granulationen eine blutende frische Wundfläche hergestellt worden. Einen besonderen Verband legt er nicht an. Bezüglich der Nachbehandlung spricht er sich für Ruhigstellung des Darmes aus unter Anwendung von Opium und Gebrauch flüssiger Nahrung bis zum 12. oder 14. Tage.

Herr Dührssen bemerkt Herrn Saurenhaus gegenüber, dass die Seidenknopfnaht besser als die fortlaufende Katgutnaht vor dem Durchschneiden schützt, weil man bei ersterer nicht so oft ein- und auszustechen hat, und weil die Haut für die einfache Seidenknopfnaht einen festen Halt abgiebt. Was die Bemerkungen des Herrn Bokelmann über die Nachtheile der fortlaufenden Katgutnaht anlangt, so hat D. in seinem jüngsten Vortrag schon auf die Möglichkeit hingewiesen, dass in seinem einen Fall von Scheidendammincision dieselbe desswegen aus einander wich, weil die wenig tiefgreifenden Schlingen der fortlaufenden Naht die durchschnittenen Enden des Levator ani nicht mitfassten und daher von den Muskelenden ein starker excentrischer Zug auf beide Wundränder ausgeübt wurde.

Herr Dührssen kann Herrn Carsten nur erwiedern, dass ihm thatsächlich bei der Zangenextraktion keine anderen Verletzungen mehr vorkommen, als die Incisionen, die er selbst macht. D. incidirt, sobald der Kopf dem Zug mit der Zange nicht folgt und der Damm sich stärker anspannt. Ist nach der Incision noch ein Widerstand da, so wird entsprechend tiefer incidirt. Wie so bei dieser Methode die Vermeidung eines Dammrisses ein Zufall sein soll, wie Herr Carsten behauptet, kann D. nicht verstehen. Ein Zufall ist es vielmehr, wenn ohne Incision die Zange bei einer Ipara, selbst von dem geschicktesten Geburtshelfer angelegt, keinen Dammriss macht. Die Weite des Scheidenrohres könne man wohl richtig beurtheilen, nicht aber die Elasticität der umgebenden Gewebe, die ganz verschieden ist. D. giebt gern zu, dass er die Introitusincisionen jetzt vielleicht zu häufig bei der Zangenextraktion macht, allein das Ideal einer Zangenextraktion ist doch diejenige, bei welcher der Kopf nur einem ganz kurz dauernden Druck ausgesetzt ist und bei welcher der Operateur den Gang und die Folgen der Operation im Voraus genau kennt.

Herr E. Carsten betont Herrn Dührssen gegenüber noch einmal, dass sich Dammrisse nicht immer vermeiden ließen, auch bei seitlichen Incisionen (im gewöhnlichen Sinne), da die Dämme von innen reißen und trotz der eventuell erhaltenen Dammhaut die übrigen Dammgebilde häufig genug zerrissen sind.

C. erwähnt ferner, dass er vor 14 Tagen in der Zwangslage gewesen sei, bei einer Eklamptischen den Cervix zu spalten, um den Forceps anzulegen. Diese Operation sei aber, wie in der Diskussion schon hervorgehoben, nichts Neues und

von Jedem ausgeführt. Die Indikation gab allein der bedrohliche Zustand der Mutter. Dagegen sei ohne tiefe Dammspaltungen Vagina und Damm der 30jährigen Ipara intakt geblieben und das Kind lebend entwickelt worden.

Herr Bokelmann betont Herrn Veit gegenüber nochmals, dass in den von ihm erwähnten Fällen jedes Zeichen allgemeiner oder lokaler Infektion vollständig fehlte. Er ist der Ansicht, dass durch zu häufige Umschnürungen des weichen puerperalen Gewebes durch die fortlaufende Katgutnaht partielle Nekrosen der Wundflächen entstehen können, die eine primäre Vereinigung hindern. Diese Gefahr ist bei der Knopfnaht jedenfalls ausgeschlossen.

Herrn Veit gegenüber, der eine Anfrischung für unnöthig hält, weist Herr Saurenhaus darauf hin, dass bei der von Veit innegehaltenen Desinfektionsmethode, welche in kräftigem Abreiben der Wundflächen mit Desinficientien besteht, eine Anfrischung erzielt wurde, welche sich schon durch die Blutung aus der Wundoberfläche dokumentire. Den scharfen Löffel resp. das Messer will Herr S. auch auf diejenigen Fälle beschränkt wissen, in denen hohe Granulationen vorhanden oder die Wundränder sehr unegal sind.

III. Herr Flaischlen: Über Hyperemesis gravidarum.

F. giebt einen Überblick über den heutigen Stand der Frage nach der Ursache des unstillbaren Erbrechens.

Er weist nach, dass besonders zahlreiche Ansichten sich geltend machen in der Beurtheilung derjenigen Formen von Hyperemesis, welche auf den normal gelagerten Uterus allein zurückzuführen sind.

F. theilt 2 von ihm beobachtete Fälle mit. Im ersten Falle wurde der künstliche Abortus mit Erfolg eingeleitet, das andere Mal starb die Kranke, welche schon moribund in F.'s Behandlung kam, einige Stunden nach der vollendeten Frühgeburt im Collaps. Beide Male handelte es sich um Gemini. Einmal war die Zwillingsschwangerschaft mit abnormer Wucherung der Decidua komplicirt, im anderen Falle handelte es sich um Gemini, hochgradigen Hydramnion und Stenosen des Darmes.

F. berichtet ferner über 3 Fälle aus der Praxis des Herrn Paul Ruge. 2mal erfolgte der Tod im Collaps, einmal wurde der künstliche Abort mit Erfolg ausgeführt. Auf Grund dieser Mittheilungen betont F., welchen schweren Charakter das unstillbare Erbrechen annehmen kann. Er nimmt an, dass es sich hier nicht allein um Inanitionsvorgänge handelt, sondern dass die Ursache des perniciösen Verlaufes auch in einer reflektorischen, von den Nerven des Uterus ausgehenden Störung der Herzinnervation, resp. in einer Ernährungsstörung des Herzmuskels zu suchen sei.

Nach Erwähnung der wichtigsten therapeutischen Vorschläge bespricht F. die Bedeutung und die Berechtigung des künstlichen Abortus. Er hält den letzteren für geboten in den schweren Fällen, in denen das Leben der Kranken bei längerem Zuwarten verloren erscheint.

Sehr wichtig ist es, den Zeitpunkt zu bestimmen, wann man operiren soll. Eine Reihe von Anzeichen, besonders die Beschaffenheit des Pulses geben Aufschluss über diese Frage. Horwitz hat nicht Unrecht, wenn er sagt: Man operirt viel zu spät.

---

5) Verhandlungen der amerikanischen medicinischen Gesellschaft. Sektion für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. Juli. p. 712.)

Unter den zahlreichen Vorträgen sind nur wenige, welche allgemeineres Interesse verdienen. Marcy (Boston) spricht über chronische Inversion der Gebärmutter; verwirft alle Methoden der Reduktion und giebt ein Instrument an, mittels welchem es ihm gelang in einem Fall den Uterus zu reponiren.

Fry zeigt eine neue Zange vor, welche ihre Anwendung bei Querstellung des Kopfes finden soll. Auch Stewart (Philadelphia) hat eine neue Zange erfunden und demonstrirt dieselbe, welche parallele Griffe an Stelle der gekreuzten besitzt.

Van der Veer (Albany) spricht über unerkannte Schwangerschaft bei Laparotomie mit zu Grundelegung von 68 Fällen. Parish (Philadelphia) über Beckenabscesse; Jackson (Chicago) über Blasenverletzung bei Bauchschnitten. Theilt 67 Fälle aus der Litteratur mit.

Gordon (Portland), Taylor (Cincinnati), Findley (Altona) berichten über Fälle von Extra-uterin-Schwangerschaft; Carpenter (Cleveland) über Alexander's Operation; Clarke (Cambridge) über chronische Blasenentzündung. Weiter sprechen noch Hoffmann (Philadelphia) über Kraniotomie, Coe (New York) über Behandlung der Cervixrisse unmittelbar nach der Geburt; verwirft jeden Eingriff mit Ausnahme der seltenen Fälle, in welchen es sich um Blutungen aus den Uterinarterien handelt. Montgomery (Philadelphia) über Indikationen der Entfernung der Uterusanhänge. **Engelmann** (Kreuznach).

---

6) **L. Seeligmann.** Über Anwendung des Antipyrins zur Linderung der Geburtswehen.

Inaug.-Diss., München, 1889.

Auf Grund von 14 Fällen der Winckel'schen Klinik empfiehlt S. die Anwendung des Antipyrins bei schmerzhafter Wehenthätigkeit in folgender Form: Klysma von 2,0 Antipyrin, darauf subkutane Injektion von 0,5, letztere eventuell zu wiederholen. Die schmerzstillende Wirkung fehlte nur in einem Fall, die Zunahme der Wehenpausen war deutlich, in 3 Fällen musste jedoch wegen Wehenschwäche die Kristeller'sche Expression gemacht werden. Die Temperatur wurde nicht wesentlich beinflusst, eine suggestive Wirkung glaubt S. auf Grund einer Beobachtung ausschließen zu können. Die Wirkungsdauer einer Injektion betrug im Mittel 1—2 Stunden. Angaben über Wirkung des Antipyrins auf die Kinder (Durchfälle!) fehlen. **G. Middeldorpf** (Breslau).

7) **H. Nerlinger.** Über die Epilepsie und das Fortpflanzungsgeschäft des Weibes in ihren gegenseitigen Beziehungen.

Heidelberg, C. Winter, 1889. 144 S.

Das von N. verwerthete Material erstreckt sich auf 97 in der Litteratur zerstreute und 4 in der Freund'schen Klinik beobachtete Fälle. Ätiologisch hat die Schwangerschaft auf das Entstehen der Epilepsie kaum Bedeutung, die Gravidität wird höchst selten durch Anfälle unterbrochen. Epileptische Frauen haben in der Geburt nicht häufig Anfälle, jedoch auch nicht so selten, wie vielfach angenommen wird; es sind das zumeist Erstgebärende, gewöhnlich zeigt sich nur ein Anfall und zwar in der I. oder II. Geburtsperiode. Das Stillen ist natürlich zu untersagen, eben so die Heirath einer Epileptischen energisch zu widerrathen. Heilung der Epilepsie durch Schwangerschaft ist nie konstatirt worden.

G. Middeldorpf (Breslau).

8) **F. Spaeth (Hamburg).** Zur Ventrofixatio uteri.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 37.)

S. berichtet über 15 Fälle, bei welchen Prochownick die Ventrofixatio uteri ausführte. In 3 derselben handelte es sich um mechanische Verdrängung der Gebärmutter nach hinten, einmal durch Myom der hinteren Wand des Fundus, einmal durch Eierstocksdermoid, einmal durch Polykystom eines Parovarium. In 2 Fällen nicht entzündlicher Tumoren bestand Perimetritis chronica; in 5 entzündliche Geschwulstbildungen der Gebärmutteranhänge (Hydro-, Pyosalpinx, Pyovarium, Haematovarium), meist auf voraufgegangener Blennorrhoe beruhend, jedes Mal mit einer chronischen Entzündung des Beckenbauchfelles vergesellschaftet. Bei 4 Pat. schließlich lieferte die Rückwärtslagerung allein die Indikation zum Bauchschnitt. Bei diesen waren zuvor lange Zeit hindurch alle in Frage kommenden konservativen Behandlungsmethoden versucht worden, aber ohne Erfolg. Da die Kranken unter erheblichen Beschwerden zu leiden hatten, z. Th. durch sie arbeitsunfähig gemacht wurden, erschien die Operation geboten. Das bei derselben befolgte Verfahren war im Lauf der Jahre ein verschiedenes (Koeberle, Ols-

hausen, Sänger, Leopold, Czerny); in den 4 letzten kam das Czerny'sche zur Anwendung, welchem S. zusammen mit dem Leopold'schen vor den anderen den Vorzug giebt.

Bei 14 Operirten war bei der nach 3—4 Wochen erfolgten Entlassung die Gebärmutter noch in der ihr künstlich ertheilten Lage und mit der vorderen Bauchwand verwachsen. Nur bei einer lag sie nicht antevertirt, sondern steil gestellt. Der Erfolg des Eingriffes war auch nach Jahren bezw. Monaten ein zufriedenstellender. Konception ist bei keiner Pat., auch den 5 nicht, bei welchen beide Adnexa zurückgelassen wurden, eingetreten.

S. verwirft die Ventrofixatio für die nicht fixirten Retroflexionen; bei den fixirten, aber nicht durch Tumoren komplicirten hält er sie dann für geboten, wenn jede konservative Behandlungsweise, insbesondere auch die Massage sich machtlos erwiesen hat, die Schwere der Erscheinungen aber Abhilfe erfordert.

Graefe (Halle a/S.).

9) S. Gottschalk (Berlin). Menthol gegen das unstillbare Erbrechen der Schwangeren.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 40.)

Eine 26jährige IVgravida hatte nach einem Abort eine Unterleibsentzündung überstanden, von welcher eine rechtsseitige Fixation des Uterus zurückgeblieben war. Zur Zeit der vierten Schwangerschaft litt sie an einer Erosion der Portio vaginalis. Im 2. Graviditätsmonat stellte sich stetiges Erbrechen ein, in Folge dessen die Kräfte der Pat. mehr und mehr verfielen. Cocain, ruhige Lage, Copeman'sches Verfahren etc. wurden erfolglos angewandt, so dass der künstliche Abort eingeleitet werden musste. Sofort nach Ausstoßung des Eies hörte das Erbrechen auf. Bei abermaliger Schwangerschaft trat es wieder ein, obwohl die Genitalien, abgesehen von der rechtsseitigen Fixation, sich unter geeigneter Behandlung ganz zur Norm zurückgebildet hatten. Es kam sogar zu Blutbrechen. Wieder blieben alle Mittel erfolglos, bis Menthol (1,0 solut. in Spir. vin., 20,0, Aq. destill. 150,0.) stündlich 1 Esslöffel gegeben wurde. Nach dem dritten Löffel hörte das Erbrechen auf. Pat. erholte sich schnell. Der weitere Schwangerschaftsverlauf war normal.

In einem zweiten Fall hat G. die gleiche günstige Wirkung beobachtet.

Graefe (Halle a/S.).

10) Laufenauer (Budapest). Kastration gegen Hystero-Epilepsie.

(Budapesti kir. orvosegyesület. 1889. Juni 8.)

L. hatte eine stark hysterische Frau in Behandlung, die mit einer anderen durch Kastration geheilten Hysterica bekannt wurde und nun selbst darauf bestand, auch bei ihr diese Operation vorzunehmen, was dann auch durch Prof. Tauffer geschah. Beide Ovarien hatten Nussgröße, das rechte war empfindlich und ein Druck auf dasselbe löste hystero-epileptische Krämpfe aus, die nach der Operation bald schwanden. Die seit der Operation verflossene Zeit hält er für zu kurz, um einen endgültigen Schluss aus dem Fall ziehen zu können.

In der Diskussion bemerkt Dubay, dass der günstige Erfolg der Operation nur auf Suggestion beruhen könne.

Temesváry (Budapest).

11) Berczeller (Budapest). Blasenverletzung, hervorgebracht durch einen Dekapitationshaken.

(Budapesti kir. orvosesgyesület 1889. November 16.)

Bei verschleppter Querlage schritt B. zur Dekapitation, als das Bett unter der Gebärenden einbrach und der Knopf des Braun'schen Hakens in der vorderen Scheidenwand stecken blieb und dieselbe sowie die hintere Blasenwand durchriss; diese Blasenscheidenfistel vereinigte er sogleich nach der Geburt durch 2 Drahtnähte. Einlegen eines Verweilkatheters, der aber am folgenden Tage herausfiel; am 10. Tage Entfernung der Nähte. Vollkommene Vereinigung.

Temesváry (Budapest).

12) **Klein** (Breslau). **Wandermilz im kleinen Becken.**

(Münchner med. Wochenschrift 1889. No. 44.)

Bei Sektion einer 63 Jahre alten Frau fand sich die rechte große Milz (17,5 : 9,5 : 3,5 cm, 340 g) quer in der Excavatio vesico-uterina liegend, während der Uterus retroponirt der Vorderfläche von Kreuzbein und Steißbein angepresst war.

Ein daumendicker, 1mal um die Längsachse gedrehter Strang zieht zur großen Curvatur und wird aus Lig. gastro-lien. und phren.-lien. gebildet. Ätiologisch kommen außer der Schwere des Organs noch Zeichen von anhaltendem Schnüren in Betracht, welche an Leber und Magen sich finden, so wie eine große Nachgiebigkeit der Bauchfellduplikaturen. Leber, Magen und Quercolon waren ebenfalls nach unten gesunken.

Die auffallende Anwesenheit eines Ringpessar von 10 cm Durchmesser in der Vagina unter der Milz drängen K. zu der Ansicht, dass die descendirte Milz für den Uterus gehalten worden sei, wie dies schon in je einem von Dietl und Rezek mitgetheilten Falle geschehen war. Indessen ergaben dahin bezügliche Nachforschungen keine Anhaltspunkte dafür, ob und wann eine gynäkologische Behandlung stattgefunden hatte, so dass andererseits auch keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Ring nicht wegen einer thatsächlichen Verlagerung des Uterus und seiner Beschwerden eingeführt worden ist zu einer Zeit wo der Descensus lienis noch nicht so hochgradig war, gleichgültig ob er diagnosticirt wurde oder nicht. Auch kann der Ring ohne Diagnose von einer pfuschenden Hebamme gelegt worden sein. **Ziegenspeck** (München).

13) **F. Spaeth** (Hamburg). **Ein Fall von Kaiserschnitt nach Porro wegen Atresia vaginae.**

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 44.)

Eine 30 Jahre alte Frau mit plattem Becken von 8,4 Conj. vera war vor 7 Jahren durch Perforation und Kranioklasie entbunden worden und hatte eine Atresie oder besser hochgradige Stenose der Vagina davon getragen, dieselbe war für den Finger nur 1 cm für die Sonde beiderseits bis zu 4 cm zugänglich. Stumpfe Dilatation mittels der Finger und Hartgummikugeln, später ehelicher Umgang führten zu einer Wiedereröffnung der Vagina auf 4—5 cm. Pat. war im 4. Monat ihrer Ehe schwanger geworden. Kindesbewegungen im März 1889, wo sie sich wiederum bei Prochownick einstellte. Auch jetzt noch wurde von einer operativen Wiedereröffnung der noch verschlossenen Partie Abstand genommen wegen Gefahr der Verletzung von Blase und Harnröhre.

Am 27. Juni Wehen, am 28. Juni Sectio caesarea nach Porro. Lebendes Kind; glatte Genesung. Der konservative Kaiserschnitt konnte nicht ausgeführt werden, weil man befürchten musste, dass die Lochien durch die bestehenden beiden engen Kanäle nicht genügenden Abfluss gehabt hätten. **Ziegenspeck** (München).

14) **A. v. Rosthorn.** **Unvollkommene Kloakenbildung (Fistula recto-vestibularis) bei gleichzeitiger normaler Ausmündung des Darmes.**

(Wiener klin. Wochenschrift 1890. No. 10.)

Durch den Coitus wurde die Rectovestibularfistel so ausgeweitet, dass Incontinenz eintrat. Die äußere Mündung der Fistel befand sich in der Fossa navicularis, die Fistel selbst hatte Schleimhautauskleidung. In dem 1 cm hohen Damm findet sich der Sphincter externus. Der Verschluss wurde durch Spaltung der hinteren Scheidenwand vom Eingang bis zum oberen Fistelrand, Excision eines dreieckigen Stückes zu beiden Seiten der Spaltlinie, typische Anfrischung wie bei der Kolpoperineorrhaphie nach Hegar-Simon und Herauspräpariren der den Fisteltrichter auskleidenden Membran erzielt. **G. Middeldorpf** (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 19. **Sonnabend, den 10. Mai.** **1890.**

Inhalt: Saulmann, Die Behandlung mit dem konstanten Strome in der Gynäkologie. (Original-Mittheilung.)

1) **Murray**, Kompression des Schädels. — 2) **Jacobi**, Intra-uterine Therapie.

3) Gynäkologische Gesellschaft zu Leipzig.

Die Behandlung mit dem konstanten Strome in der Gynäkologie.

Von

Dr. Saulmann in Brüssel.

(Vortrag, gehalten in der Brüsseler gynäkologischen Gesellschaft.)

Meine Herren! Bevor ich Ihnen von den Indikationen für die Behandlung der verschiedenartigen Affektionen des Uterus und seiner Anhänge mit dem konstanten Strome spreche, Indikationen, welche ich in ca. 100 Fällen geprüft habe, will ich Ihnen die Art der Anwendung desselben angeben, welche am wenigsten Gelegenheit zur Infektion bietet und wegen ihrer Einfachheit auch von Denen geübt werden kann, die sich nicht speciell mit der Gynäkologie beschäftigen.

Die nothwendigen Apparate sind folgende:

1) Eine stationäre oder transportable Batterie von mindestens 24 Elementen.

2) Ein Galvanometer.

3) Ein Rheostat.

4) Drei Rheophore.

5) Ein inaktiver Erreger von Blei. Dieser letztere muss ziemlich groß sein, d. h. 25 cm lang und 15 cm breit und ist dazu bestimmt, auf das Abdomen der Kranken gelegt zu werden. Bei der starken Intensität des Stromes, welche für die Behandlung nothwendig ist, würde ein kleiner Erreger ein unerträgliches Brennen auf

der Haut hervorrufen. Um diesen letzteren Effekt gänzlich zu vermeiden, legt man direkt auf die Bauchhaut ein Kissen von Moos.

6) Verschiedene aktive Erreger. Diese werden in die Uterushöhle, in die Scheide oder ausnahmsweise in das Gewebe des Uterus eingeführt, wenn das Orificium uteri derart verlegt ist, dass die Einführung der Sonde in die Uterushöhle unmöglich wird.

Diese Erreger sind von Kohle, Gold, Platin oder Aluminium gefertigt.

Ich erlaube mir, Ihnen diejenigen Erreger, deren ich mich bediene, hier vorzulegen. Die Art der Anwendung ist folgende:

Man legt auf den Bauch der auf einem Operationsstuhle sich befindlichen Kranken zuvörderst das mit einer gut erwärmten und koncentrirten Kochsalzlösung reichlich befeuchtete Mooskissen und applicirt auf dasselbe den inaktiven Erreger. Die Kranke presst mit den Händen den inaktiven Erreger und das Kissen gegen die Bauchhaut. Nun wird im Speculum die Vagina und der Cervix mit einer 3%igen Karbollösung desinficirt und je nach Bedürfnis die Sonde in die Uterushöhle oder der Trokar in das Uterusgewebe selbst oder aber die Kugel (aus Aluminium gefertigt) gegen das Scheidengewölbe eingeführt. Um die Wirkung der Elektrolyse auf die Scheidenwand zu vermeiden, wird der Trokar und auch die Sonde, so wie der Stiel der Kugel mit einer Celluloidröhre umgeben, die Kugel selbst in Watte gehüllt. Hierauf verbindet man die Rheophore mit dem aktiven und sodann mit dem inaktiven Erreger. Der Strom ist nun geschlossen.

Allmählich vergrößert man die Intensität des Stromes. Apostoli wendet oft mehr als 200 an und geht sogar bis 250 Milliampères. Ich für meinen Theil habe niemals 200 zu überschreiten brauchen, um das gewünschte Resultat zu erreichen.

Jede Sitzung dauert 5—8 Minuten.

Was nun die Wirkung des konstanten Stromes anlangt, so scheint sie mir eine dreifache.

1) Bildung eines Schorfes am positiven Pol.

2) Zersetzung des Wassers und der Salze am negativen Pol. — Der Wasserstoff und die Basen werden frei, so dass eine Entnährung (Dénutrition) des Gewebes eintritt.

3) Die interpolare Wirkung, welche Kontraktionen der Muskelfasern bedingt.

Der positive Pol ist der beruhigende Pol, während der negative Pol vielmehr Schmerzen verursacht.

Diese verschiedenen Wirkungen des konstanten Stromes liefern die Indikationen für die verschiedenen Affektionen.

Sprechen wir zuerst von den Fibromen.

Wenn man die noch immer große Mortalität, welche die Myotomien verzeichnen, in Betracht zieht, so muss man das große Verdienst Apostoli's anerkennen, eine Methode erfunden zu haben, welche die Gefahren der Operation vermeidet und die Kranke von

den unerträglichen Schmerzen und gefährlichen Blutungen befreit, ohne selbst vollständig den Tumor zu entfernen.

Ungeachtet der Erfolge dieser Methode, welche in Frankreich, England, Amerika, Österreich und auch in letzterer Zeit in Deutschland erreicht worden sind, giebt es noch Ungläubige, welche die Achseln zucken, wenn sie von derselben sprechen. Diesen will ich den Ausspruch des großen Gynäkologen Thomas Keith citiren. Derselbe, gestützt auf die Behandlung von ca. 100 Fibromen mit dem konstanten Strome, erklärt, dass er sich eines Verbrechens schuldig erachte, wenn er nicht diese Methode versuchen würde, bevor er sich für eine Myotomie entscheide. Dieser Ausspruch fällt um so mehr ins Gewicht, als er nur eine Mortalität von 4% seiner Myotomien zu verzeichnen hat. — Die Ursache dieses Misstrauens liegt in der Übertreibung der Resultate, welche man in Bezug auf die Verkleinerung der Tumoren erlangt haben will.

Erlauben Sie mir, Ihnen meine Ansicht aus einander zu setzen:

Die in Frage stehende Methode ist nicht im Stande, die Neoplasmen, besonders nicht die sehr voluminösen, vollständig zu entfernen; sie verkleinert sie nur beträchtlich und, was das Allerwichtigste ist, sie befreit die Kranken von den schweren Symptomen, welche die Tumoren verursachen.

Die Methode ist im Stande, die gefährlichen Blutungen sicher zu stillen und auch vollständig verschwinden zu lassen; sie ist fähig, die fürchterlichen Schmerzen, an denen die Kranken leiden, und die Drucksymptome, welche die Tumoren verursachen, zu beseitigen; sie ist endlich auch im Stande, den Kranken die verlorene Fähigkeit zu arbeiten wiederzugeben. — Nachdem ich nun im Allgemeinen die Art des Verfahrens der Elektrolyse aus einander gesetzt habe, will ich Ihnen, da mich die Anführung sämmtlicher von mir behandelten Tumoren zu weit führen würde, einen Fall, der mir des besonderen Interesses werth erscheint, speciell anführen:

Es handelt sich um eine Erzieherin, 48 Jahre alt, bei welcher man leicht einen intramuralen fibrösen Tumor von Kindskopfgröße nachweisen kann. Dieser, an der vorderen Wand des Uterus eingelagert, verursachte die unsäglichsten Schmerzen und verhinderte die Kranke, ihren Beschäftigungen nachzugehen.

Die Kranke beschreibt ihr Leiden wie folgt:

»Seit dem 30. Lebensjahre leide ich an inneren Schmerzen, welche sich zuerst im Rücken manifestirten. Jede Bewegung der Arme und der Beine war mir äußerst schwer und schmerzhaft. Im Jahre 1880 wurde ich lange ohne jeden Erfolg mit Glycerintampons behandelt und dann nach Kreuznach geschickt, um dort eine Bäderkur zu gebrauchen. Diese hat mich ein wenig von meinen Schmerzen befreit. Im Jahre 1887 wurden die Schmerzen im Leibe und im Rücken so heftig, dass ich jede Beschäftigung unterlassen und Tag und Nacht im Bette bleiben musste. Den 23. April 1889 begann ich die Behandlung mit Elektricität. In weniger als 14 Tagen fühlte ich mich bedeutend erleichtert. 14 Tage später hatte ich keine Schmerzen mehr und konnte wieder anfangen, Stunden zu geben, was ich bis heute zu thun fortgesetzt habe. Ich kann jetzt lange Spaziergänge machen, ohne die geringsten Schmerzen zu fühlen.«

Die Behandlung bestand in Folgendem:

1. Sitzung 23. April. 90 Milliampères, positiver Pol im Uterus. Sonde aus Aluminium No. 1. 5 Minuten. Schmerzhaftigkeit noch sehr groß.

2. Sitzung 25. April. 100 Milliampères, positiver Pol. Sonde Aluminium No. 2. 5 Minuten. Geringere Schmerzhaftigkeit.

3. Sitzung 27. April. 140 Milliampères, negativer Pol. Sonde Aluminium No. 2. 5 Minuten. Noch sehr wenig Schmerzhaftigkeit.

4. Sitzung 1. Mai. 120 Milliampères, negativer Pol. Sonde Aluminium No. 2. 5 Minuten. Fast gar keine Schmerzhaftigkeit.

5. Sitzung 3. Mai. 90 Milliampères, negativer Pol. Sonde Aluminium No. 2. 8 Minuten. Keine Schmerzhaftigkeit.

6. Sitzung 6. Mai. 150 Milliampères, negativer Pol. Sonde Aluminium No. 2. 8 Minuten. Keine Schmerzhaftigkeit.

7. Sitzung 8. Mai. 175 Milliampères, negativer Pol. Sonde Aluminium No. 2. 8 Minuten. Keine Schmerzhaftigkeit.

Von diesem Tage an kann man deutlich eine Verkleinerung des Tumors nachweisen. Die Kranke beginnt zu gehen und fängt an, wieder Stunden zu geben.

Am 13., 15., 18., 20., 22., 24. Mai dieselben Sitzungen. 175 Milliampères, negativer Pol.

Seit dem 1. Juni finden nur 2 Sitzungen wöchentlich statt. Im Monat August nur eine Sitzung, im Monat September ebenfalls nur eine Sitzung. Die letzte war am 26. Oktober. Die Kranke befindet sich vollständig gut.

An der Stelle, wo der Tumor gesessen hat, fühlt man noch deutlich eine wenn auch nicht beträchtliche Erhabenheit.

Das Fibrom, von dem ich Ihnen soeben sprach, war nicht mit Blutungen komplicirt, daher war der negative Pol indicirt. Nur wegen der großen Schmerzhaftigkeit wurde Anfangs der negative Pol angewendet.

Alle Fibrome, welche Blutungen im Gefolge hatten, wurden mit dem positiven Pole behandelt. Die Blutungen standen jedes Mal, ohne Ausnahme, nach 3 oder 4 Sitzungen. Die hier angewendete Intensität war 175 Milliampères.

Bevor ich die Fibrome verlasse, bleibt mir noch übrig hinzuzufügen, dass die submukösen Fibrome, welche bereits zu eitern angefangen haben, eine Kontraindikation für die Behandlung mit dem konstanten Strome abgeben. Man riskirt eine Vermehrung der Eiterung und giebt leicht Veranlassung zu einer putriden Infektion.

Abgesehen von den Fibromen, giebt es noch andere Affektionen, in denen ich mich mit Erfolg der Elektrolyse bedient habe.

Ich will von den Anomalien der Menstruation sprechen. Ich habe eine Reihe von Dysmenorrhoen behandelt, welche meistentheils die Folge einer Verengerung des Cervicalkanals und fast ausschließlich mit Cervixkatarrh verbunden waren. Alle diese Kranken waren bereits mit Dilatatoren behandelt oder man hatte die Incision des Muttermundes mit Ausschabung der Uterushöhle gemacht. Nachdem diese Behandlungsarten erfolglos geblieben waren, habe ich den negativen Pol in den Cervixkanal eingeführt. Die Intensität des Stromes war 70 Milliampères.

Vier Sitzungen, während welcher ich mit der kleinsten Sonde aus Aluminium angefangen habe, um mit der größten zu enden, haben genügt, die Kranken von den heftigen Schmerzen, welche sie während der Menstruation empfunden hatten, zu befreien. Ich habe alle diese Kranke mehrere Monate nach der Behandlung wiederge-

sehen und habe konstatiren können, dass die Verengerung sich nicht wieder gebildet hatte.

In den übrigen Fällen von Dysmenorrhoe, hervorgerufen durch eine Oophoritis, Perioophoritis und Salpingitis, habe ich mich desselben Verfahrens bedient. Negativer Pol. 70 Milliampères. Der Erfolg war immer gut.

Ein junges Mädchen hatte in Folge einer heftigen Erkältung und plötzlichen Suppression der Menstruation eine starke Oophoritis bekommen. Nachdem sie mehrere Tage das Bett gehütet hatte, konnte sie sich nur unter den größten Schmerzen zu mir begeben, um sich einer Behandlung mit dem konstanten Strome zu unterwerfen. Ich habe in diesen Fällen, um jede Reizung, welche die Einführung der Sonde in die Uterushöhle verursacht, und um direkter an die Stelle des Exsudates zu gelangen, mich stets einer Kugel aus Aluminium bedient. Diese, im Kontakt mit dem positiven Pol und umgeben mit gut befeuchteter Karbolwatte, wird in das hintere Scheidengewölbe geführt und an die Stelle des Exsudats gelegt. Die Intensität von 70 Milliampères wurde nie überschritten. Nach der ersten Sitzung von 5 Minuten bereits große Erleichterung; das Gehen ist weniger schmerzhaft. Da aber die Schmerzen noch nicht ganz aufgehört hatten, so bediente ich mich noch bei der zweiten Sitzung des positiven Poles (beruhigender Pol). Hierauf die Empfindlichkeit bedeutend geringer. Während der 4 folgenden Sitzungen negativer Pol. Das Exsudat war verschwunden und die Kranke erklärte sich selbst geheilt.

Eine andere Affektion, in welcher die Elektrolyse gute Resultate geliefert hat, ist die Endometritis mit fungösen Wucherungen der Uterusschleimhaut, welche so häufig die heftigsten Blutungen verursacht. In vielen Fällen, wo die Behandlung mit Chlorzink und selbst die häufig wiederholte Auskratzung erfolglos geblieben war, habe ich mit drei elektrolytischen Sitzungen eine vollständige Heilung erreicht. Hier habe ich die Kohlensonde angewandt, den positiven Pol, 175—200 Milliampères 5 Minuten.

Die chronischen Metritiden verlangen eine größere Zahl von Sitzungen, bis zu 20. Man bedient sich in diesen Fällen des negativen Poles, wenn keine Komplikation mit Endometritis granulosa oder fungosa besteht. Im letzteren Falle treten gewöhnlich Blutungen auf und dann ist der positive Pol indicirt.

In allen Fällen von chronischer Parametritis und auch Perimetritis wende ich die Kugel, mit dem negativen Pole verbunden, an. Um direkter auf die Exsudate zu wirken, führt man die Kugel in das Scheidengewölbe ein und legt den großen inaktiven Erreger im Kontakt mit dem positiven Pole auf das Os sacrum. Diese Sitzungen dauern 8—10 Minuten. Intensität 70 Milliampères. — Die Resorption der Exsudate geschieht rapid und die Schmerzen hören schon nach einigen Sitzungen auf.

Die akuten Para- und Perimetritiden geben eine Kontraindi-

kation für die Elektrolyse, eben so die bereits in Eiterung übergegangenen Exsudate.

Es bleibt mir nun noch übrig, von einer Affektion zu sprechen, die so häufig jeder bisher bekannten Behandlung widersteht. Ich meine den Vaginismus; eine Affektion, welche heftige Muskelkontraktionen des Perineums hervorruft und den Coitus unmöglich macht. Diese Kontraktionen treten spontan ohne jede Berührung auf. Bei der leisesten Berührung des Introitus vaginae lösen sich sehr starke Schmerzen aus.

Die Behandlung besteht in Folgendem:

Man legt den negativen Pol (große Platte) auf den Bauch, den positiven Pol (Kugel) abwechselnd auf das Perineum und den Introitus vaginae. Fast immer haben 3 Sitzungen von 5 Minuten wöchentlich während 4—6 Wochen eine vollständige Heilung herbeigeführt. Die Kontraktionen hören auf, die Berührung des Introitus vaginae wird allmählich schmerzlos und der Coitus wird ermöglicht.

Ich will nun meinen Vortrag schließen, indem ich mich der Hoffnung hingebe, dass meinen Beobachtungen über die Elektrolyse die Kollegen bestimmen werden, sich eifriger mit der Apostoli'schen Methode zu beschäftigen.

Jedenfalls hoffe ich gezeigt zu haben, dass diese Methode würdig ist, die Aufmerksamkeit der Ärzte auf sich zu ziehen.

---

1) **M. Murray** (Edinburg). Über die Wirkung der Kompression auf den fötalen Schädel, besonders in Bezug auf die Entbindung bei mäßiger Beckenenge.

(Edinburger med. journ. 1888. November.)

Den Achsenzugzangen werde häufig der Vorwurf eines schädlichen Drucks auf den Kindskopf gemacht. Dieser Druck schädige nicht nur das Kind, sondern auch indirekt die mütterlichen Theile. Letzteres behaupte man in blinder Annahme, der durch fast alle Lehrbücher verbreiteten Ansicht, dass Verkleinerung des Kopfes in fronto-occipitaler Richtung eine Vergrößerung der transversalen Maße zur Wirkung haben müsse. Diese Ansicht ist, nach M., eine völlig falsche; sie könnte überhaupt nur dann richtig sein, wenn wir einen elastischen Ring, Gummi oder Uhrfeder, als Äquivalent für den Kopf nähmen und deren längere Achse durch Druck verkürzten. Anders mit dem kindlichen Schädel. Um diese Druckwirkungen zu studiren, nahm M. den Schädel eines Neugeborenen, bezeichnete die 3 queren Durchmesser mit durchgestochenen Nadeln und komprimirte nun den Längsdurchmesser mittels eines Kephalotriptor. Die von den Nadeln abgenommenen Maße ergaben nun in der That, dass die queren Durchmesser bei allmählicher Verkürzung des fronto-occipitalen Durchmessers um $1^1/_2$ Zoll, d. h. 33 % gar nicht oder kaum nennenswerth zunahmen. Dagegen trat ein anderer Vorgang besonders in den Vordergrund, das Unterschieben des Hinterhaupts

und der Stirnbeine unter die Scheitelbeine und ein fast aktiv zu nennendes Nach-oben-treten dieser letzteren, d. h. eine Zunahme des Höhendurchmessers des kindlichen Schädels. Übrigens könne derartiger starker Druck mit einer Achsenzugzange gar nicht einmal erzeugt werden.

M. knüpft an diese Untersuchungen etwa folgende Schlüsse: die bisher gültige der Annahme kompensativen Vergrößerung der queren Schädeldurchmesser bei Kompression der Längsachse war eine irrthümliche, der Schädelinhalt adjustirt sich in durch teleskopartiges Unterschieben der dem Drucke unterworfenen Knochen unter die Scheitelbeine und ein Höhertreten der letzteren genügend Raum geschaffen wird. Stehe also bei mäßig verengtem Becken der Kopf im queren Durchmesser des Beckeneingangs, so fasse man ihn sicher und fest quer; fassen im schrägen Durchmesser sei nicht nur erheblich schwerer, sondern hindere auch die von ihm beschriebene und als förderlich erkannte Knochenverschiebung (wie das Experiment leicht sichtbar machen lasse); stehe ein Kopf, wie bei allgemein verengtem Becken (immer mäßiger Grad der Verengung angenommen) im schrägen Durchmesser des Beckeneingangs so sei wieder gerade das Fassen im occipito-frontalen Durchmesser das Richtigste.

Der Vorwurf zu starken Druckes, den man der Achsenzugzange mache, falle in sich zusammen, weil dieser nie z. B. die Stärke des von ihm experimentell erzeugten erreichen könne, und doch auch dieser nicht einmal in der bisher angenommenen Weise verderblich wirke.

Zeiss (Erfurt).

---

2) **M. Putnam Jacobi** (New York). Intra-uterine Therapie.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. Mai—Juli.)

J. findet die Wirkung der intra-uterinen Behandlung darin, dass sie den menstruellen Process in einer Weise beeinflusse, dass Involution des Gewebes, welches sich in dem Zustande der Subinvolution befindet, bedingt wird. Das Princip ist dasselbe, als wenn durch den Process der Involution eines zweiten Wochenbettes die Subinvolution der Gebärmutter, welche aus dem ersten Wochenbette datirt, zur Heilung gebracht wird, oder wenn durch partielle Excision des Cervix Involution bei chronischer Metritis erstrebt wird. Verf. bespricht die Grenzen und Gefahren der Therapie an der Hand und unter theilweiser Mittheilung von fünfzig Fällen, von welchen einer letal endete, ein weiterer heftige Entzündung zur Folge hatte.

Die intra-uterine Behandlung beeinflusst in hervorragender Weise die Cirkulation und Innervation des submukösen und selbst des periuterinen Gewebes. Darin liegt einerseits ihre Wirksamkeit, andererseits aber auch ihre Gefahr. Letztere tritt vor Allem hervor in der Nähe der Menstruation. Auf diese Thatsache ist bis jetzt nicht das hinreichende Gewicht gelegt worden. Acht bis zehn Tage nach Beendigung der Periode tritt in dem Utero-ovarial-System der Zeitpunkt der größten Ruhe ein, dann ist auch der günstige Augen-

blick für die Behandlung. Eine Gefahr liegt weiter in der häufigeren Wiederholung der Applikation. Für den Anfang soll nie mehr als eine in der intramenstruellen Zeit gemacht werden, doch kann es in einzelnen Fällen nützlich sein, nach Verlauf einiger Tage eine Applikation in den Cervicalkanal folgen zu lassen.

Die intra-uterine Behandlung soll stets in der Wohnung der Kranken gemacht werden, nie ambulatorisch.

Im Allgemeinen soll Erweiterung des Cervicalkanales vorausgehen; bei Dysmenorrhoe und großer Schmerzhaftigkeit des inneren Muttermundes ist Laminarie der raschen Erweiterung vorzuziehen, eben so bei Fällen von chronischer Metritis, in welchen die Gebärmutter groß und schwer ist.

Unter den Mitteln, welche bei der intra-uterinen Behandlung in Betracht kommen, verwirft J. das Liquor ferri als unsicher, reine Salpetersäure als zu tief wirkend und empfiehlt Karbolsäure mit gleichen Theilen Glycerin, Jodtinktur und besonders Jodoform. Die Anwendung des konstanten Stromes scheint Verf. große Vorzüge vor anderen Methoden zu haben. **Engelmann** (Kreuznach).

Kasuistik.

3) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

Sitzung vom 17. Juni 1889.

Vorsitzender: Herr Sänger; Schriftführer: Herr Donat.

I. Herr Sänger: Nachruf auf Breisky, in welchem die Gesellschaft ein langjähriges korrespondirendes Mitglied betrauerte. Nach Schilderung seines wissenschaftlichen Lebensganges verweilte Redner bei den so ungemein sympathischen Charaktereigenschaften des Heimgegangenen; rühmte die Milde seines Wesens, das Bescheidene, Wahre, Treuherzige seines Auftretens. Ohne Schärfe, der Polemik abgeneigt und gleichwohl von klarer, kritischer Natur sei Breisky in Geist und Gemüth eine wahrhaft ausgeglichene Persönlichkeit gewesen, in deren Zauber Jeder gerieth, der mit ihm verkehrte. Dies lasse seine außerordentliche Beliebtheit unter Fachgenossen, Schülern und Kranken verstehen, wie jetzt die allseitige und tiefe Trauer um seinen Verlust, welcher die Gynäkologie um einen ihrer anerkanntesten Vertreter, die Wiener Schule um den eifrigsten, im Anstaltswesen Reformen anbahnenden Kliniker, die dortige, erst von ihm gegründete gynäkologische Gesellschaft ihres ersten Vorsitzenden beraubte.

II. Herr Heyder: Fall von Blasen-Cervixfistel (mit Vorstellung der Geheilten).

Das Bemerkenswerthe dieses Falles bestand darin, dass an Stelle der verloren gegangenen Vaginalportion innerhalb narbigen Gewebes des Cervixstumpfes kaum 4 mm von einander entfernt sich 2 feine Öffnungen fanden, von denen die eine in die Cervix, die andere, rechts von ihr gelegene, in die Blase mündete. Trotz der gegenseitigen Nähe beider Mündungen gelang es, die Fistel direkt anzufrischen und durch Naht zu schließen und zwar durch die von Sänger schon in einem früheren Fall angewandte (und beschriebene) Erweiterung des stenosirten Cervicalkanals durch Laminaria, tiefe laterale Spaltung der linken Cervixwand und Nahtumsäumung der Spalträndер, wodurch so viel Platz gewonnen wurde, dass die Anfrischung genügend hoch in die rechte seitliche Cervicalwand hinauf verlegt werden konnte, wodurch die jetzt breite Cervixmündung eine quer-rautenförmige Gestalt bekam. Es wurde dadurch beiden Indikationen: Verschluss der Fistel, Herstellung eines weiten Cervicalkanals genügt.

Ein gleichzeitig vorhandener Vorfall der hinteren Scheidenwand mit Dammriss 2. Grades und Rectocele wurde durch modificirte Lappen-Kolpo-Perineorrhaphie beseitigt: Schnitt in der Mittellinie so hoch hinauf, wie bei der Kolporrhaphia post. nach Hegar, Dammspaltung durch Bogenschnitt und Abpräparirung zweier dreieckiger Scheidenlappen, welche bis nahe an die Grenze der Ablösung resecirt wurden; hierauf Naht der Scheide, wie bei der Kolporrhaphia post. Hegar's, des Dammes wie bei der typischen Lappen-Perineorrhaphie. Diese Methode, welche sich bis jetzt in mehreren Fällen sehr gut bewährte, stellte somit eine Kombination beider plastischen Verfahren dar.

III. Herr Sänger: Über Zugmassage.

Die Aufnahme der Genitalmassage in die gynäkologische Therapie kann wohl zur Zeit als allgemein sanktionirt gelten, wenn gleich ihr Gebiet noch einer schärferen Umgrenzung, ihre Technik weiterer Vereinfachung, auch nach Seite der Nomenklatur bedarf. — Ein Hauptprincip der Genitalmassage nach Thure-Brandt ist das Vorgehen mit der unbewaffneten Hand. Aber schon vor seinem Auftreten in Deutschland wurden Hilfsapparate für die Massage der Geschlechtsorgane angewandt.

Vor Jahren habe ich behufs Dehnung und Erweichung paracervikaler Narbenschwielen Kolpeurynter in die Scheide gebracht. Nach dem Muster der Bozeman'schen Dilatatoren hat Prochownick Hartgummikugeln und Cylinder angewandt, welche er Stunden und halbe Tage lang in der Scheide liegen ließ, einestheils um diese, so wie Narbenstränge im Becken zu dehnen, anderntheils um letztere von außen her gegen die eine harte Unterlage bildenden Scheidenkugeln zu massiren. Coe jedoch zeigte, dass auch die stärkste Ausdehnung der Scheide nicht im Stande sei, alte (intraperitoneale) Adhäsionen im Becken zu dehnen, höchstens werde der Uterus höher gelagert.

Bei der Behandlung von Vorfällen nach Thure-Brandt haben dann Sielski, Pawlik und Weißenberg Uteruselevatoren angegeben zur bequemeren Hebung und Lyftung des Uterus.

Der elastische Zug am Uterus nach abwärts gehört mit zu den frühesten und wichtigsten Errungenschaften der modernen Gynäkologie. (Jobert, Lisfrank, Simon.) Seine Verwerthung geschieht zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken.

Eine wichtige Erweiterung erfuhr die letztere durch Küstner, welcher Zug und Schub an der Vaginalportion mittels Kugelsange zur Korrektur von Rückwärtslagerungen des Uterus benutzte.

Ein ähnliches Verfahren der Zugaufrichtung des retroflektirten und durch Verwachsungen fixirten Uterus rührt von Ter-Grigoriantz her.

Behufs Dehnung von Narbensträngen im Bereich der Beckenorgane brachte Chrobak einen kontinuirlichen Zug am Uterus in Anwendung auf die Dauer einer halben, ganzen Stunde bis zu 10 Stunden; er benutzte dazu Serre-fines oder kurze Häkchen, an welche er elastische oder straffe Fäden knüpfte, die er an einer vor den Unterschenkeln der Pat. angebrachten Querstange befestigte. Ein eingeschaltetes Dynamometer ließ die Stärke des Zuges bestimmen.

Ich selbst bediene mich nun seit mehreren Jahren einer einfachen Zugmassage, welche ich, im Gegensatz zu der von Chrobak angegebenen, als »unterbrochene« bezeichnen möchte. Ich bin darauf gekommen einestheils durch häufige Übung der Küstner'schen Zugaufrichtung des retroflektirten Uterus, anderntheils durch Untersuchung und Behandlung von Fällen von Anteversio uteri fixata.

Der Zweck dieser unterbrochenen Zugmassage ist die Dehnung, Lockerung, Lösung und unter Umständen auch Zerreißung aller Arten von narbigen Gewebsverdichtungen innerhalb des Beckenbindegewebes, von Narbensträngen der Scheide mit oder ohne vorherige »tenotomische« Durchschneidung, von strangartigen oder flächenhaften Adhäsionen innerhalb des Beckenbauchfells, als Selbstzweck oder zur Korrektur von Lageveränderungen des Uterus, oder um diesen behufs späterer Operation tiefer herabzubringen, ihn beweglicher zu machen.

Die Technik ist eine sehr einfache. Unter Leitung des in die Scheide ein-

geführten Fingers wird die vordere, seltener die hintere Muttermundslippe mittels Kugelzange oder einer einkralligen Zange gefasst und nun in der Richtung der Scheidenachse ein allmählich ansteigender, elastischer Zug ausgeübt, welcher mit Nachlass des Zuges, wobei der Uterus in seine Ruhelage zurückgeht, abwechselt, während bei der Chrobak'schen Methode ein kontinuirlicher Zug stattfindet. Oder es tritt an Stelle des Zugnachlasses eine stärkere Emporschiebung des Uterus. Durch abwechselnden Zug und Schub am Uterus kommt eine Art Pumpbewegung zu Stande, welche den Lymph- und Venenstrom mächtig zu fördern geeignet ist.

Nach Abwärtsziehung des Uterus spannen sich die Narben und Adhäsionen mit einer Schärfe und Deutlichkeit an, wie sie bei kombinirter Untersuchung in situ nicht zu erreichen ist. Es wird dadurch ermöglicht, diese Narbenstränge direkter und energischer von der Scheide, vom Mastdarm, so wie gleichzeitig von den Bauchdecken her zu massiren, als bei der unmittelbaren Massage in situ. Dabei bedarf es auch bei Ausübung der Gegenmassage von den Bauchdecken aus keiner dritten Hand, welche indess die Kugelzange anzieht, da man dieselbe leicht durch Ringfinger und kleinen Finger gegen den Ballen der Hand drücken und so festhalten kann, während Zeige- und Mittelfinger massiren. Je nach Empfindlichkeit kann die jedesmalige Dauer der Sitzung kürzer oder länger ausfallen, gewisse Pausen eingerechnet durchschnittlich 5—10 Minuten.

Sollte es, was selten vorkommt, aus den Stichen der Portiozange etwas bluten, so lege man einen Jodoform-Glycerin-Wattetampon oder Jodoformgaze ein.

Die Kontraindikationen sind die gewöhnlichen, vor Allem frischere entzündliche und infektiöse Erkrankungen, besonders der Uterusadnexe. Das Verfahren ist sehr einfach und bei schonender Ausführung durchaus unschädlich, für den Ausführenden ungemein bequem, nicht im mindesten anstrengend, für die Pat. wegen Vermeidung von Druck und Reibung an den äußeren Geschlechtstheilen, dem mit Recht als Übelstand der Massage in situ bezeichneten Herummanipuliren vorzuziehen. Energischer als die Massage mit der unbewaffneten Hand, welche durch das Verfahren in ihrem Besitzstand nicht sonderlich beeinträchtigt werden soll, ist es auch wirksamer und leistet so eine wesentliche Abkürzung der Behandlungszeit.

Besonders ersichtlich ist letzteres Moment z. B. in Fällen, wo Operationen am Collum ausgeführt werden sollen, dasselbe aber durch parametrane Narbenschwielen hoch oben fixirt ist. Tägliche Zugmassage lässt meist schon nach wenigen Sitzungen den Uterus bis zum Scheideneingang heruntersiehen.

An der Hand einer Anzahl von Krankengeschichten erläutert der Vortr. noch weiter sein Verfahren unter ausdrücklicher Bemerkung: dass dasselbe lediglich als eine besondere Art der instrumentellen Massage gelten möge, nicht aber als ein solches, welches etwa die Thure-Brandt'sche Methode ersetzen oder verdrängen solle.

Herr Teuffel habe sich zu gleichen Zwecken eines ähnlichen Verfahrens bedient. Brachte seine Pat. in Knie-Ellbogenlage, zog die hintere Scheidenwand mittels Speculum nach oben und übte den Zug am Uterus unter Leitung des Auges.

Herr Credé verhehle nicht, dass er der Genitalmassage überhaupt nicht sehr sympathisch gegenüberstehe; jedenfalls müsse es noch zu einer strengeren Abgrenzung der Indikationen, so wie zu einer Änderung der Technik kommen, welche der Schonung der äußeren Geschlechtstheile Rechnung trage. Von der Zugmassage scheine ihm dies wohl angenommen werden zu dürfen.

IV. Herr Donat: Kurzer Bericht über den III. deutschen Gynäkologenkongress in Freiburg i/B.

(Siehe Archiv f. Gynäkol. Bd. XXXV.)

Gemeinschaftliche Sitzung mit der gastlich eingeladenen »medicinischen Gesellschaft« vom 15. Juli 1889.

Vorsitzender: Herr Sänger; Schriftführer: Herr Donat.

I. Herr Hennig: Über Placenta praevia.

Ernst und schwer ist die Verfassung des Arztes, wenn er am Bette einer blutenden Kreißenden steht und die innere Untersuchung Placenta über dem inneren

Muttermund nachweist. Trotz Übung und Geistesgegenwart muss er bisweilen erleben, dass Mutter und Frucht erliegen.

Glücklicherweise ist das Ereignis ein seltenes, und dies ist der Grund, weshalb es ersprießlich ist, die jeweilige Stellung des Geburtshelfers gegenüber der hohen Gefahr zur Sprache zu bringen.

Manche Fälle verlaufen ruhig, allmählich, ohne Kunsthilfe für beide Theile günstig, andere bieten einen Sturm der Erscheinungen; zwischen Ohnmachten, Krämpfen oder wildem Umhersichwerfen der Frau muss der Arzt handeln, das richtige Verfahren zur passenden Zeit treffen. Der verschiedenen Erscheinungen und der Prognose wegen ist es von Belang, die 3 Grade der Placenta praevia marginalis, lateralis, centralis festzuhalten. Die Sterblichkeit der Mütter bei der totalis (10—40%) und der Früchte (50—83%) schwankt nicht bloß je nach der Art des ärztlichen Verhaltens, sie hängt auch von früheren oder gleichzeitigen (akuten, fieberhaften) Erkrankungen und von individuellen Anlagen beider Organismen ab. So disponirt Anämie zu Thromben und rascher Resorption schädlicher Stoffe; auch die Nothwendigkeit, dass der Arzt bisweilen, ohne sich nach allen Richtungen und ohne die Gebärende desinficiren zu können, in das blutende Gewebe eindringen muss, kann verhängnisvoll werden.

Höchst selten kommt Placenta praevia in frühen Monaten der Tragzeit vor. Manchmal tritt die erste Blutung einen, höchstens zwei Tage vor dem normalen Termine auf, ein Beweis, dass die Lehre vom »Travail insensible« als während der ganzen Schwangerschaft bestehend nicht Stich hält. Der Untersuchende ist meist, wenn auch nur psychisch, Ursache der vorzeitigen Wehen. Der vorliegende Kuchen sitzt, wie Hofmeier gezeigt hat, stets oberhalb des inneren Mundes, daher der späte Eintritt der ersten Blutung wenigstens bei Mehrgebärenden.

Das Gewebe des tief eingepflanzten Kuchens (das ihn veranlassende Herabgleiten des Eies kann nur in die ersten Wochen der Tragzeit fallen) ist, wie zuerst Sirelius (Om placenta praevia, Helsingfors) gezeigt hat, durch chronische Entzündung stellenweis krank. Die Verdickung der Gefäße, welche Ursache der häufigen Verwachsung der Decidua mit dem Ei ist, betrifft nicht, wie bei Lues placentae, deren innere Häute, sondern die Adventitia.

Die Anwesenheit des Kuchens im unteren Eipole begünstigt die Querlagen (Credé), welche jedoch auch durch die übrige Beschaffenheit des Uterus Mehrschwangerer begründet werden können.

Veit fand die Geborenen immer anämisch; Runge und Vortr. sahen jedoch kräftige, blutvolle Kinder zur Welt kommen. Viel hängt vom Schicksal des Randsinus des Kuchens ab, namentlich bezüglich des Erstickungstodes.

Die große Auflockerung des die Placenta tragenden unteren Gebärmutterabschnittes macht ihn zu Einrissen auch ohne Operation geneigt.

Die Noth wächst mit der fortschreitenden Erweiterung des inneren Muttermundes, weil immer neue Gefäßkreise zerrissen werden; auf der anderen Seite erleichtert die Öffnung das blutstillende Einschreiten.

Natürliche Hilfe liegt in dem Eintritte des kindlichen Kopfes oder Steißes, und nur bei diesen Lagen kann der Tampon einstweilen nützen, z. B. bis man sich desinficirt und die Kranke sich etwa von erschöpfender Blutung etwas erholt hat. In diesem Sinne kann auch die Hebamme bis zu Ankunft des Arztes durch Einschieben eines Jodoformgazesäckchens bis zum Uterus und Ausstopfen des Säckchens mit reiner Watte oder durch den aseptischen Gummikolpeurynter Carl Braun's nützen. Die Maßregeln richten sich nach der Größe, bis zu welcher der Muttermund eröffnet ist. Ist er noch geschlossen, so kann vorhandene Blutung oder Schwanken der fötalen Herztöne bei noch geschlossenem Muttermunde und Querlage die Wendung auf den Kopf mittels äußerer oder kombinirter Handgriffe erheischen, sobald das Becken normal, die Frucht nicht übergroß ist. Man erkennt den vorliegenden Kuchen an der Geschwulst und Weichheit des unteren Gebärmutterabschnittes, muss sich aber im Hicks'schen Handgriffe vor Quetschung und Zerreißen des Segments in Acht nehmen. Steht auf Reiben des Grundes die Blutung nicht oder stellen sich keine Wehen ein, so ist nach Credé zunächst mit

einem Finger der Halskanal zu durchdringen und nach erkannter Placenta der Hals sanft zu erweitern, nach Befinden das tiefste Stück des Kuchens vom Uterus, wie schon Cohen that, abzutrennen. Die Justina Siegemund (p. 215) durchstach in dieser Epoche mittels stumpfer Nadel vorsichtig die Placenta, um Fruchtwasser abfließen zu machen und die nun sich verkleinernde Gebärmutter zum engeren Anschlusse an die Frucht zu bewegen, wodurch die Blutung eine Zeit lang steht. Dann säumte sie aber nicht, zu der Frucht Füßen zu dringen und sie an die Welt zu fördern.

Denn die völlige Entleerung des Fruchthalters, auch vom Kuchen, ist das sicherste Mittel der Blutstillung, wie schon Mauriceau lehrte. Sterben doch einzelne Mütter noch nach der Austreibung.

Das todte Kind ändert die Maßnahmen so, dass von nun an nur gethan wird, was die Mutter retten kann (Perforation des nachfolgenden Kopfes bei engem Mutterhalse).

Das verlässlichste Verfahren bleibt das schon von Hicks angerathene Wenden auf den Steiß, um mittels des herbeigeholten Fußes die blutenden Stellen zu tamponiren; man muss also den Fuß festhalten, bis der Muttermund genügend offen ist.

Den Anschluss der Ausziehung gleich an die Wendung aufs Beckenende widerrathen Hofmeier und Behm, wo nichts zur Eile drängt. In einem Beispiele von Helfer und Hennig drängte beginnende Pneumonie zu raschem Handeln, obgleich der Tampon die Blutung zwei Tage fast ganz gehemmt hatte.

In Chloroformnarkose giebt der Mutterhals immer der vorsichtig eindringenden Hand nach. Dass Risse der Cervix bisweilen wenig bluten, liegt an dem geringen Arteriengehalte; ist die Vena circularis Mehrgebärender verletzt, so ist die Blutung stets bedrohlich; Umstechen nach Entbindung.

Der Tampon kann die Blutung maskiren, man beobachte also dabei stets das Befinden der Mutter und der Frucht. Außerdem kann er aus der Geradlage eine Schieflage machen.

Das Blasensprengen wird von Veit bei Placenta lateralis gebilligt. Am besten kommt man nach Zweifel in Seitenlage der Frau dazu, indem ein Finger über die Symphyse vorn heraufdringt, die äußere Hand entgegendrückt.

Das neuerdings wieder beliebte Durchbohren des Kuchens ist nach Aug. Martin, Zweifel und Vortr. meist unnöthig. Man kommt, untersuchend vordringend, wohl immer an den tiefsten Rand der Placenta und von da an den Eihäuten in die Höhe zu einem Fuße. Hat man aber einmal den Fruchtsack geöffnet, so muss man sich auf die Extraktion gefasst machen, nur darf man nicht außer den Wehen ziehen. Fehlen letztere ganz, auch nach Einspritzen von Secale unter die Haut, so muss der Gehilfe mit beiden Händen von oben nachdrücken und zwar stärker, als die Zugkraft von unten beträgt. Durchbohren der Placenta diktirt sofortiges Accouchement forcé.

Tod nach Lufteintritt in Venen sah Olshausen.

Die oben beschriebene adhäsive Entzündung der Placenta ist auch Grund, warum die Placenta praevia schwer auf Expression folgt. In Dresden gelang letztere 21mal, während 12mal die Placenta mittels der Hand abgeschält werden musste.

Schon während der Entbindung auf dem Querbette sind Kopf und Brust der Frau tiefer als der Steiß zu legen. Man halte auch Alles bereit, was den Blutverlust zu ersetzen vermag, gebe Wein, nach der Entleerung des Uterus, dessen Kontraktion sorglich zu überwachen, Milch oder 0,5%iges Salzwasser reichlich zu trinken; bei Erbrechen Eingießen ins Rectum.

Die »Autotransfusion« durch Umbinden der Gliedmaßen ist nicht ohne Erfolg, aber Besinnlichen schmerzhaft. Transfundiren von genau defibrinirtem Menschenblute unter ängstlicher Überwachung der Wärme des filtrirten Blutes hat wahrscheinlich noch Mancher das Leben erhalten. In einem Falle wendete Vortr. frisch gemolkene Kuhmilch an — die Wöchnerin lebte, nachdem die Cyanose, welche vor der Transfusion bestanden hatte, alsbald gewichen war, noch einige Tage. Zu-

fällig bekam die Person, welche das Aderlassblut hatte hergeben sollen, sich aber weigerte, denselben Abend Rachendiphtherie.

Also das aktive Verfahren hat bei Placenta praevia meist den Vorzug vor dem zuwartenden.

Diskussion. Herr Donat ist für möglichst frühzeitiges aktives Vorgehen. Wenn es blute, seien stets auch Wehen da. Nur bei gar nicht geöffnetem Muttermunde schreite er zur Tamponade mittels Jodoformgaze, die man auch in das Collum einschieben solle.

Herr Wagner erklärt sich gegen die Transfusion von Milch. Kennt einige Fälle, wo die Pat. danach an Lungenembolie rasch zu Grunde gingen. Empfiehlt Kochsalz- oder Zuckerinfusion.

Herr Sänger: Die Mortalität der Placenta praevia sei denn doch gerade in Folge der von Hofmeier eingeführten möglichst zeitigen kombinirten Wendung und langsamen Extraktion ganz bedeutend gesunken; dieses Verfahren beherrsche die Blutung, während strenge Asepsis die Infektion verhüten müsse. Die Tamponade sei auf das Äußerste einzuschränken und dann statt der durchlässigen Gaze mittels Wattebäuschen auszuführen, die in Sol. Aluminii acet. 8% getaucht und wieder völlig ausgedrückt wurden, oder mittels aseptisch gemachtem Kautschuckkolpeurynter. Sei das Material zur Tamponade auch noch so aseptisch, so könne diese doch durch die in der Scheide und im Collum aufhältlichen Mikroorganismen gefährlich werden. Erklärt sich entschieden gegen die Wendung auf den Kopf und noch mehr gegen die auf den Steiß: die kombinirte Wendung müsse stets trachten einen Fuß einzuleiten, die Extraktion soll stets eine langsame sein. Kein Accouchement, keine Extraction forcé, da sonst tiefe Cervico-Uterinrisse mit schwerster Blutung die Folge seien, zu deren Beherrschung selbst die Naht, geschweige die Tamponade nicht immer ausreiche.

Herr Credé wolle heute nicht mehr als Verfechter der Wendung auf den Kopf bei Placenta praevia gelten, sondern halte ebenfalls die aktive Behandlung der seitigen Wendung auf den Fuß für die Methode der Jetztzeit und Zukunft. Von der Tamponade habe er früher nur traurige Resultate gesehen.

II. Herr Sänger: Über »Obstipatio artificialis«. Ein Mahnwort.

Bei Gelegenheit der heutigen Zusammenkunft einer größeren Anzahl von Ärzten wollte ich ein Übel ganz im Allgemeinen berühren, welches gerade dem Gynäkologen Tag für Tag aufstößt, aber noch weit mehr die praktischen Ärzte angeht: es ist die geradezu enorm verbreitete, durch Missbrauch von Abführmitteln künstlich unterhaltene Stuhlträgheit.

Wir haben seit einer Reihe von Jahren das zweifelhafte Glück, auch in Deutschland Patentmedicinen, d. h. im Großen fabrikmäßig hergestellte Medikamente, immer mehr sich ausbreiten zu sehen, ganz besonders Abführmittel. Holloway, Morrison, Beecham in Amerika und England, die Fabrikanten von »Byrrh« und »Koorah« in Frankreich haben vor dem Herrn Richter in Rudolstadt und den beiden Brandt's, den Erzeugern der famosen Schweizerpillen, nichts mehr voraus.

Diese Leute schließen mit den Eignern großer Journale Reklameverträge ab, sie erlassen ihre Anpreisungen an den Wänden öffentlicher Bedürfnisanstalten, an den glatten Felsen der schweizer Berge und verdienen Millionen durch das Publikum, dem in täglichen Annoncen das Allerweltsleiden, der träge Stuhlgang, die »schlechte Verdauung« so eindringlich vorgehalten und genau geschildert wird, dass es ja äußerst bequem ist, sich die angepriesenen Heilmittel selbst zu dispensiren.

Dazu kommt die Konnivenz, ja Gedankenlosigkeit so vieler Ärzte, welche ohne scharfe Indikation jahre-, ja jahrzehntelang Laxantien verordnen und über nichts so sehr in Entzücken gerathen, als über ein neues Abführmittel.

Hauptsächlich durch diese 2 Faktoren, das Selbstdispensiren von Abführmitteln seitens der Laien und durch gewohnheitsmäßiges, kritikloses, chronisches Verordnen von Laxantien seitens der Ärzte, ist das Übel groß gezogen worden, das gemeiniglich als »Obstipatio habitualis« bezeichnet wird, das ich aber »Obsti-

patio artificialis« nennen möchte, da es mit wenig Ausnahmen rein künstlich erst durch die Abführmittel erzeugt und unterhalten wird.

Das missbräuchliche Einnehmen von Abführmitteln ist am meisten verbreitet bei unterleibskranken Frauen, viel seltener fröhnen ihm Männer; unter diesen höchstens Hypochondriker, Hysterische, Hämorrhoidarier, besonders Lehrer, Beamte, überhaupt Leute, welche eine sitzende Lebensweise führen.

Das Geschlechtsleben des Weibes, insbesondere Schwangerschaft und Wochenbett, birgt allerdings Momente, welche Stuhlträgheit im Gefolge haben können. Das Gleiche gilt von einer ganzen Reihe gynäkologischer Erkrankungen, namentlich Rückwärtsbeugungen der Gebärmutter, wie in jenem berühmten Falle von Koeberlé, wobei derselbe die Laparotomie ausführte lediglich zu dem Zwecke, den retroflektirten Uterus, welcher zu wochenlang anhaltender Stuhlverhaltung bei seiner allerdings hochgradig hysterischen Pat. führte, zu ventrofixiren; ferner bei Exsudaten im Douglas'schen Raum, bei Perioophoritis, bei Fissura ani, wobei die mit der Defäkation verbundenen Schmerzen die Pat. häufig veranlassen, den Stuhl förmlich zurückzuhalten. Haben Schwangere oder Wöchnerinnen, Leidende letzter Kategorie, dann einmal mit dem Einnehmen von Abführmitteln begonnen, so pflegen sie auch dasselbe in infinitum fortzusetzen, nachdem der ursprüngliche Anlass längst aufgehört hat.

Das böse Beispiel wirkt auch auf solche, welche bei gelegentlich aufgetretener Stuhlverstopfung zu Abführmitteln griffen, um von ihnen nicht wieder loszukommen.

So werden hier zu Lande alle erdenklichen abführenden Hausmittel und Patentmedicinen abwechselnd nach einander eingenommen, deren Aufzählung von dem St. Germainthee bis zu den klug kombinirten italienischen Pillen, welche Eisen und Aloë, also ein abführendes und ein Stopfmittel zugleich enthalten, ich mir wohl ersparen kann. Nur das Einnehmen von grobem Kiessand, das ein polnischer Arzt empfohlen hat, der vor dem Wurmfortsatz keine besondere Angst zu haben scheint und sich rühmte, davon schon ganze Wagenladungen verordnet zu haben, ist nicht so bekannt geworden, obwohl dieses Mittel förmlich auf der Straße liegt.

Ich habe Frauen gekannt, welche sich einen Vorrath von Abführpillen anschafften, der für ihr ganzes Leben ausreichte, ich kannte junge Mädchen, welche sich Abführmittel in den Apotheken kauften, als ob es Naschwerk sei, kannte aber auch nicht zu wenig Personen, welche ob ihres Zustandes bis an die Grenze der Geisteskrankheit gekommen waren und den Gedanken nicht mehr fassen konnten, dass ihnen doch noch ein Weg zur Entwöhnung der bis zur Verzweiflung wirkungslos gewordenen Laxantien offen stehe. Wie manchen Brief könnte ich vorlesen, worin die Qualen dieses Zustandes von künstlich erzeugter Stuhlträgheit in seiner Einwirkung auf die Psyche, welche ich mit einem Goethe'schen Ausdruck als »Proktophantasmie« bezeichnen möchte, äußerst drastisch geschildert werden.

Es kann nicht meine Absicht sein, hier auf die physiologischen Wirkungen der Abführmittel einerseits, auf die Symptome der durch dieselben nach und nach erzeugten Darmatonie (besonders treffend wird dieselbe von Hühnerfauth, so wie von Nothnagel geschildert) andererseits einzugehen, da gerade sie unter den Ärzten nur allzu bekannt sind.

Wenn nicht gänzlich, so sicher zum größten Theil werden diese Beschwerden durch fortgesetzte Verabreichung von Abführmitteln nur unterhalten und gesteigert, statt beseitigt. Es darf nicht heißen, **trotz** stärkster Abführmittel sei kein Stuhl zu erzielen, sondern **wegen**.

Alle Abführmittel, das Krotonöl vielleicht ausgenommen, sind auch Verstopfungsmittel, wie Gifte, Gegengifte.

Wann sind überhaupt Abführmittel angezeigt? Am wenigsten und seltensten bei Verstopfung, schon da die echte Koprostase weit folgerechter durch Dickdarmeingießungen, ja unter Umständen durch Opium beseitigt wird.

Vielmehr sind die Abführmittel gerade bei Diarrhöen am Platze, wo es gilt, die Infektions- und Erkrankungserreger im Darm schleunigst aus diesem hinauszuschaffen.

Ich wüsste kein Leiden anzugeben, für welches ein längerer und anhaltender Gebrauch von Abführmitteln unter Wechsel der Art und Steigerung der Stärke desselben erforderlich wäre.

Therapeutisch gerechtfertigt sind Abführmittel nur ein oder einige Male auf ganz bestimmte Indikationen, nicht aber zu eigenmächtigem chronischen Gebrauch, wodurch dieser auf ein und dieselbe Stufe geräth, wie der Morphinismus und Alkoholismus.

Zu jenen bestimmten Indikationen ist besonders diejenige zu rechnen, für welche ich, wie ich versichern kann, seit Jahren ausschließlich Abführmittel verabreiche. Sie betrifft Frauen, welche nach Überstehung gynäkologischer Operationen anhaltende ruhige Bettlage einhalten müssen. Hier kommt man stets mit einigen wenigen milden Mitteln aus.

Nach diesen Darlegungen ist die Richtschnur für die Behandlung der künstlichen Stuhlverstopfung gegeben. Als oberster Grundsatz gilt: alsbaldige vollständige Entwöhnung von Abführmitteln aller und jeder Art. Da gilt es in erster Linie, das Vertrauen der Pat., welche häufig den Gedanken an die Möglichkeit einer solchen Entwöhnung aufgegeben haben, zu gewinnen. Einigermaßen intelligenten Personen muss die Auseinandersetzung einleuchten, dass die Verdauung eben so wenig einer arzneilichen Nachhilfe bedürfe, wie Athmung und Herzschlag.

In früherer Zeit ordnete ich eine Art Übergangskur an, indem ich von den stärksten zuletzt gebrauchten Abführmitteln auf schwächere zurückgriff. Später, und jetzt ausschließlich, verordne ich ein sofortiges und vollständiges Weglassen der Abführmittel. Das einzige Mittel, was ich hier zuweilen noch verordne, ist die Belladonna. Cascara sagrada, dem ähnliche Wirkungen zugeschrieben werden, wie der letzteren, halte ich einfach für ein verkapptes Abführmittel.

Nach diesem vollständigen Absetzen der Laxantien folgt gewöhnlich ein Stadium anhaltender Verstopfung, das 8 Tage und länger anhalten kann. Man muss dies den Pat. nachdrücklich und eigens im Voraus sagen, damit sie, trotz mannigfacher Beschwerden, dasselbe ohne Besorgnis vorübergehen lassen. Schon manche Entwöhnungskur habe ich daran scheitern sehen, dass die Pat. glaubten, darüber nicht hinwegzukommen und trotz Ermahnung und Belehrung wieder zu Abführmitteln griffen. Und doch bedenke man, wie lange z. B. bei Typhlitis durch große Opiumgaben der Stuhl zurückgehalten wird, um schließlich doch von selbst einzutreten.

Diät anlangend, so lässt sich eigentlich paradoxer Weise sagen, keine Diät ist hier die beste Diät, d. h. der Pat. möge für gehörige Mischung und Abwechslung der Nahrung sorgen, er möge »Alles durch einander« essen. Wenn man an künstlicher Verstopfung Leidende hierauf genauer examinirt, so wird man fast regelmäßig erfahren, dass sie auffallend wenig trinken, namentlich kein Wasser. Besonders sind es Fettleibige oft gar nicht hohen Grades oder solche, welche sich einbilden, fettleibig zu sein, die in missverständlicher Befolgung Oertel-Schwenninger'scher Vorschriften äußerst wenig trinken. Ihnen muss verordnet werden täglich mehrere Gläser gewöhnliches Wasser, namentlich nüchtern zu trinken oder statt dessen abwechselnd selbstbereitete Molke, Buttermilch, saure Milch, während süße Milch meistens verstopfend wirkt.

Allbekannt, auch unter Laien, ist die günstige Einwirkung von frischem und gekochtem Obst, besonders von Pflaumen, Prünellen, Äpfeln; der Genuss von Stücken groben Brotes.

Sofern die Defäkation eine gewisse, allerdings leicht zu störende Automatie einhält, mögen an künstlicher Verstopfung Leidende sich gewöhnen, zu einer bestimmten Zeit des Tages, das ist die nach dem ersten Frühstück, das Kloset aufzusuchen, bis sich ihre Peristaltik gleichsam an diese Zeit gewöhnt hat.

Von großer Bedeutung ist es fernerhin, dass gehörige körperliche Bewegung stattfindet, welche nicht etwa nur im Marschiren, sondern auch im Turnen, Schwimmen, Reiten u. dgl. bestehen kann.

Was die eigentliche Behandlung der Obstipatio artificialis anbelangt, so sollen auch Klystiere möglichst sparsam angewandt werden, gleich viel mit welchem Apparat sie verabreicht werden, gleich viel mit welcher Flüssigkeit, das sonst äußerst praktische, weil so sehr kompendiöse Glycerin nicht ausgenommen.

Das hervorragendste Behandlungsmittel ist die Massage des Unterleibes mit oder ohne gleichzeitige elektrische Behandlung. So sehr ich deren glänzende Resultate besonders bei Erschlaffung der Bauchpresse anerkenne, muss ich aber doch hervorheben, dass man in der großen Mehrzahl der Fälle mit der oben skizzirten einfachen Entwöhnungsbehandlung vollkommen ausreicht.

Was endlich die Brunnenkuren anbelangt, so halte ich dieselben geradezu für werthlos, ja direkt nachtheilig, wenn nicht dafür gesorgt wird, dass der Pat. nach ihrem Abschluss eine Lebensweise führt, wobei dem gewohnheitsmäßigen Genuss von Abführmitteln gänzlich gesteuert wird.

Kein kleiner Bruchtheil von Pat. wird zu Anhängern der »arzneilosen Heilweise« gemacht durch das Versagen der stärksten Abführmittel, während die durch solche erst hervorgerufene und gesteigerte Darmträgheit durch ein geeignetes rein diätetisches Regime leicht und für immer beseitigt werden kann.

Ist es nicht besser, dass auch die mit Abführmitteln Missbrauch treibenden Ärzte sich mit Verständnis diesem zuwenden, statt Mittel auf Mittel zu häufen, ohne sie doch je anders wieder loswerden zu können, als durch ihre vollständige Aufgabe?

Daher fort mit den Abführmitteln gegen vermeintliche Verstopfung aus der Praxis der Ärzte, aus den Gewohnheiten der ihnen fröhnenden Laien!

Diskussion. Herr Lenhartz: Herr Sänger habe nicht die Noth der Praxis kennen gelernt; seine einmaligen Verordnungen würden meist nutzlos sein, da er sehr oft die Pat. nicht wieder zu sehen bekäme. An dem trägen Stuhlgang der Frauen sei vielfach unzweckmäßige Lebensweise Schuld; sie äßen weniger und übergingen häufig den Stuhldrang, aber auch abgesehen davon halte er in der Praxis die Verordnung von Abführmitteln bei chronischer Obstipation für unentbehrlich.

Herr Sänger gesteht, dass ihm für die Darlegungen des Herrn Vorredners das Verständnis abgehe. Der sogenannten »habituellen«, wie erwiesen, fast stets künstlichen, durch Missbrauch von Abführmitteln großgezogenen Stuhlverstopfung könne doch — das sei auch logisch unanfechtbar — einzig und allein dadurch abgeholfen werden, dass die natürliche, regelmäßige, spontane Darmfunktion wiederhergestellt werde, was nicht anders geschehen könne, als durch Entwöhnung von denjenigen Mitteln, welche die Ursachen des Übels seien. Drückt schließlich die Hoffnung aus, dass das Gros der Ärzte, welche tagtäglich selbst gewohnheitsmäßig indikationslos Abführmittel verordneten, zu dieser Einsicht kommen würden.

III. Herr Sänger: 1) Über Geschwülste der Nierenkapsel. 2) Über Urethrocele.

(Ausführlich veröffentlicht von Dr. C. Heyder, Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVIII, 2.)

3) Über Litho-Trichiasis vesicae.

(Ausführlich wiedergegeben Archiv f. Gynäkologie Bd. XXXVII, 1.)

IV. Herr Sänger: Demonstration eines hühnereigroßen Sarcoma corporis uteri. Präparat durch vaginale Totalexstirpation gewonnen. Heilung.

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

& H.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 20. **Sonnabend, den 17. Mai.** **1890.**

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS'N MAY 31 1890

Inhalt: I. **Kocks,** Über die künstliche Inversio uteri bei Post-partum-Blutungen und die intra-uterine Knotung der Uterusnaht bei der Sectio caesarea. — II. **Wolfner,** Die einfache gerade Röhre als Katheter für die weibliche Harnblase. (Original-Mittheilungen.)

1) **Rollin,** Hämorrhagien des Ovarium. — 2) **v. Szabó,** Desinfektion in der Hebammenpraxis. — 3) **Atthill,** Wirkung von Arzneimitteln auf den Uterus.

4) Gynäkologische Gesellschaft zu Berlin. — 5) Aus den Sitzungen der Pariser Akademie der Medecin. — 6) **Felsenreich,** Dystokie durch Exsudate. — 7) **Heinricius,** Lungenvagi bei Neugeborenen. — 8) Derselbe, Herzvagi bei Neugeborenen. — 9) **Auvard,** Thrombus der vorderen Muttermundslippe.

I. Über die künstliche Inversio uteri bei Post-partum-Blutungen und die intra-uterine Knotung der Uterusnaht bei der Sectio caesarea.

Von

Dr. J. Kocks,

Docent an der Universität Bonn.

In einer der letzten Nummern des Centralblattes für Gynäkologie (No. 12 a. c.) bringt M. Sänger einen Beitrag zur Kaiserschnittfrage, der, dieselbe auf ihre wesentlichen Momente zurückführend, vor allen Dingen den Unterschied bezüglich des Operationsapparates von früher und jetzt hervorhebt, in so fern die Asepsis an die Stelle der Antisepsis getreten ist.

Gelegentlich dieser Ausführungen kommt der Autor auf den von Lomer gemachten Vorschlag (Sammlung klin. Vorträge No. 321), den unverletzten Uterus als letztes Hilfsmittel bei atonischen Blutungen zu amputiren und fügt daran einen neuen Vorschlag, dahin gehend, den Uterus zu diesem Amputationszwecke künstlich zu invertiren, um so die Laparotomie zu umgehen.

Dieser Vorschlag veranlasst mich, hier unter Hinzufügung

einer von mir früher gemachten Beobachtung einen anderen Versuch, der Blutung in weniger verzweifelter Weise Herr zu werden, zu empfehlen.

Die Stelle des Sänger'schen Aufsatzes, auf welche ich hier Bezug nehme, lautet (l. c. p. 196): »Lomer hat sogar den Vorschlag gemacht, als Ultimum refugium bei atonischer Blutung den unverletzten Uterus zu amputiren, also ad hoc die Porro-Operation auszuführen.

Wenn das wirklich das letzte Hilfsmittel sein soll, wird man da nicht — die Vorbereitungen zur Laparotomie erfordern doch Zeit und Beihilfe — zu spät kommen? Da möchte ich einen anderen Vorschlag machen, der in solcher Lage leichter und rascher ausführbar wäre, nämlich die künstliche Inversion und Abtragung des schlaffen Uterus von der Scheide her.«

Die gänzliche Entfernung des blutenden Uterus bei atonischer Blutung in der Lomer'schen oder Sänger'schen Weise bleibt, wie es ja auch Beide vorgeschlagen haben, gewiss als »Ultimum refugium« stets übrig und da ist, in Anbetracht der Umstände, unter denen der Geburtshelfer an dieses verzweifelte Hilfsmittel denken muss, nämlich meist ganz auf sich allein angewiesen und wenn Periculum in mora, der Sänger'sche Vorschlag sehr zu beherzigen.

Die Inversion aber bietet, wie ich aus einer Beobachtung weiß, andere Vortheile, die, so viel mir bekannt, bis jetzt noch nicht hervorgehoben wurden und auf diese will ich mir erlauben, hier kurz einzugehen.

Ist der Uterus post partum künstlich invertirt, so bietet er, abgesehen von der vielleicht schon durch diese Veränderung der Spannungs-, Druck- und sonstigen mechanischen Verhältnisse, welche die Atonie allein schon zu heben unter günstigen Umständen im Stande sein dürften — es allerdings nicht immer sind, vgl. unten — sowohl für die gründliche Applikation von styptischen Mitteln (Liquor ferri etc.), als für die manuelle Kompression des ganzen Organs günstige Bedingungen. Die künstliche Inversion kann durch die bewirkte Einschnürung seines Halses in der Umschlagsstelle schon von günstiger Wirkung sein, besonders wenn man den Körper stark anzieht; ferner kann die Atonie durch den gesetzten energischen mechanischen Nervenreiz, ohne welchen die künstliche Inversion nicht ausgeführt werden kann, also durch die nothwendigen energischen Manipulationen ebenfalls öfter gehoben werden, und endlich, worauf ich hier vor Allem hinweisen möchte: es ist möglich, an den künstlich invertirten Uterus den Esmarch'schen Schlauch oder ein anderes Konstriktionsmittel anzulegen, wodurch, wie ich glaube, in den meisten, wenn nicht in allen Fällen, die Blutung zum Stillstand zu bringen sein dürfte. —

Hiernach wäre man also nicht so leicht genöthigt, zur Exstirpation überzugehen und wäre jedenfalls der Versuch in der angedeuteten Richtung zuerst indicirt.

Dass es hierbei nicht gerade ein Esmarch'scher Schlauch zu

sein braucht, sondern, abgesehen von elastischen, auch unelastische abschnürende Bandagen dienen können, wird aus dem unten zu erwähnenden Falle hervorgehen und darf ich hier diesbezüglich ebenfalls auf die Verwendung von Mullservietten oder für unseren Fall von Mullstreifen, von der Hand des Arztes zur Strangulation benutzt, wie sie Sänger an derselben Stelle empfiehlt und abbildet, hinweisen.

Auch würde in solchen Nothfällen eine Fixirung von Strangulatoren durch durchgeführte, sich kreuzende, große Nadeln nicht unversucht zu lassen sein, wenn ein Halten der Konstriktionsmittel nicht gelingen wollte und der invertirte Fundus bis vor die Vulva zu bringen wäre.

Das ans Licht des Tages oder der Lampe geführte Organ würde also durch den Introitus vaginae schon ebenfalls energisch strangulirt und was mehr ist, böte sogar die Möglichkeit, die ganze Placentarstelle successive mit Katgut oder jedem anderen Nähmaterial zu umsäumen oder mit einer fortlaufenden Schnürnaht zu umgeben.

Kurz, die künstliche Inversion bietet uns so viele neue Möglichkeiten, die Exstirpation zu umgehen, dass ich glaube, bei ihrer Verwendung in der Geburtshilfe wird es nur äußerst selten, ja vielleicht nicht mehr nöthig werden, an das heroische Mittel der gänzlichen Abtragung des Uterus zu denken. —

Dass es nun in der That möglich ist, durch eine Umschnürung Blutungen der invertirten Gebärmutter zu stillen, geht aus einer Beobachtung hervor, die ich vor Jahren zu machen Gelegenheit hatte.

Es handelte sich um eine starke Blutung bei einer Multipara. Die Hebamme hatte ein böses Gewissen und bat mich, ihr durch Besprechung des »Vorgefallenen« keinen Schaden zuzufügen. Die Frau war jedoch an der ganzen Affaire vielleicht unschuldig. Damals glaubte ich allerdings mit ihr, dass sie gefehlt habe. Ein Unglück wurde jedoch verhütet und zwar durch die Konstriktion des invertirten Uterus. —

Von dem Ernährer einer äußerst armen, aber sehr kinderreichen Arbeiterfamilie: »dessen Frau soeben entbunden und ohnmächtig geworden sei, während sie im Blute schwämme, so dass die Hebamme zu mir geschickt habe«, — ich war damals nämlich noch poliklinischer Arzt — wurde ich, auf dem Wege zu einer anderen Kranken, auf der Straße angehalten und die Gefahren einer Post-partum-Blutung kennend, eilte ich natürlich gleich mit dem Manne in seine Hütte.

Die Hebamme stand eben so bleich neben der ohnmächtigen, frisch entbundenen Frau, wie diese selbst blass ausgestreckt dalag und wusste kaum ein Wort vorzubringen. »Ich habe die Nachgeburt entfernt, die sehr fest saß und gleich schoss das Blut hervor, welches nicht mehr aufhören wollte zu fließen. Ach, helfen Sie doch, Herr Doktor; die Frau stirbt; eine Ohnmacht folgt der anderen etc.« Kurz, die Hebamme war sehr aufgeregt und als Alles gut abgelaufen und ich sie ins Gebet nahm, gab sie an, sehr stark an der Nabelschnur gezogen zu haben, welchem Umstande sie selbst das ihr inzwischen bekannt gewordene Zustandekommen einer gänzlichen Umstülpung der Gebärmutter zuschrieb.

Möglich war es ja und ich ließ sie dabei, versprach ihr aber, nicht von dem Falle zu sprechen. Heute ist die Hebamme nicht mehr unter den Lebenden, und da die von mir damals gemachte Erfahrung vielleicht Einiges zur Klärung unseres Thema beitragen kann, so möge sie hier mitgetheilt werden.

Beim ersten Griff, den ich durch die Bauchdecken, auf denen ein großer Sand-

sack lag, nach dem Uterus machte, um ihn zur Kontraktion anzuregen, drang meine Hand so tief ins Becken der mageren Frau hinein, dass mir gleich der Gedanke an eine totale Inversion kam. Ich warf den Sandsack, unter dem ich durchgegriffen hatte, ab und drang mit der linken Hand in die Scheide ein, während die rechte von außen palpirte. Diese war ganz angefüllt von dem umgestülpten Uterus. Ihn umfassen und energisch nach oben drängen, um ihn zu reinvertiren, war der gleich nachfolgende Akt. Vergebens; die Reinversion gelang nicht, während das Blut nur noch stärker hervorstürzte. Ein zweiter, dritter Versuch folgte, ohne Erfolg. Ein vierter und ein noch weiteres ruhigeres Kneten und Zurückschieben des vorgestülpten Theiles, um so successive das Organ zu reinvertiren, misslang mir ebenfalls. Wenn ich rechts einen Theil zurückgebracht hatte, war links der früher reponirte wieder herausgetreten. Dabei floss viel Blut trotz der Ohnmacht der leichenblassen Frau, deren Puls bald schwand, bald fadenförmig fühlbar wurde.

Ich komprimirte nun den prolabirten Uterus so gut ich konnte mit der inneren Hand und war mir unklar darüber, was nun eigentlich zu machen sei, als mir die Idee kam, das Ganze zu unterbinden. »Ein Lint, eine Litze oder eine Schnur, Hebamme.« Man sucht. Kleine Stücke Kordel sind gefunden, ungenügend lang. »Das Band Ihrer Schürze wird besser sein, Frau R.,« meinte ich, und so wurden beide Bänder der Schürze abgeschnitten und zusammengeknotet, wodurch ein etwa meterlanges, festes Unterbindungsmaterial hergestellt war. Nun wurde der quergelegten Frau das in Wein — als einziges Desinficienz, das vorhanden war, weil man damit die ohnmächtige Frau gelabt hatte — eingetauchte Band so hoch wie möglich über den blutenden Uterus hinaufgebracht, zweimal um denselben herumgeführt und mit großer Mühe so fest wie nur möglich zusammengezogen, endlich geknotet, was nicht minder schwierig war. Nachdem dies gelungen, ließ die Blutung nach und der durch die Vulva sichtbare Theil erschien mir blasser geworden, was aber vielleicht nur auf das Nachlassen des Blutaustrittes zurückzuführen sein wird.

Eine Stunde lang blieb ich noch am Bette der sehr schwachen, zwischen Schlummer und Ohnmacht hin und her fallenden Frau, ihr Wein und Milch einflößend, und hatte die Freude zu sehen, dass die Blutung dauernd stand. Mehrere Secalepulver, welche die Hebamme, wie sie sagte, von einer anderen Geburt her erübrigte, hatte die Wöchnerin bereits früher eingenommen. Ob diese die Reinversion erschwert hatten, welche übrigens auch ohne vorgängiges Einnehmen von Secale (vgl. weiter unten) Schwierigkeiten machen kann, oder ob ich aufgeregt gewesen und mir so die Zurückstülpung nicht gelang, will ich dahin gestellt sein lassen.

Jedenfalls war es ein Leichtes, als ich gegen Abend, etwa 6 Stunden nach den beschriebenen Versuchen und nachdem die Pat. sich etwas erholt hatte, unter Bereithaltung eines neuen festen, gut desinficirten Lintes, die Reinversion wieder versuchte.

Nach Durchtrennung des konstringirenden Bandes unter Leitung des Fingers durch einen Scherenschnitt wurde alsdann der Tumor mit der vollen Hand gleich umfasst, komprimirt und unter geeignetem Gegendruck von oben her hinaufgedrängt. Etwas Blut floss dabei an der eingeführten Hand vorbei nach außen, doch alsbald merkte ich einen Erfolg. Die Geschwulst kam in Bewegung und glitt nun bei mäßigem Drängen leicht und wie vol. selbst nach oben. Der Uterus war reinvertirt.

Reiben des Fundus, Kneten und frisches Secalepulver thaten das Ihrige. Kontraktionen wurden fühlbar, eine neue Blutung blieb aus. —

Eine weitere Stunde weilte ich bei der Frau und überwachte den Uterus mit der Hand durch die Bauchdecken. Die Hebamme blieb alsdann bei der sehr reducirten blutleeren Frau zurück.

Abends spät, wo ich nochmals die Wöchnerin besuchte, war sie relativ wohl; fast kein Blutabgang. Die Nacht überwachte die Hebamme den Uterus. Morgens keine merkliche Blutung. Pat. erholte sich weiter, trank viel Milch. Abends weitere Besserung, die andauernd und trotz der sehr mangelhaften Antisepsis sogar ohne Fieber anhielt bis zur vollkommenen Genesung. Die Frau verließ nach 3 Wochen das Bett.

Im Anschluss an das oben Vorangeschickte möge diese Beobachtung dazu beitragen, geeigneten Falles die künstliche Inversion mit nachfolgender Konstriktion des Uterus, sei es mit dem Esmarch'schen Schlauche oder auch mit anderem Material, zu versuchen. —

Eine sehr energische Einschnürung ist jedoch dabei zu erstreben, da sonst wohl nur der Rückfluss des in den Uterus tretenden Blutes gehemmt und der erwünschte Effekt ausbleiben würde. Das Aufwinden der Enden einer Schnur um einen eingeführten Stab oder mittels einer die Enden zusammenfassenden Zange, nach Art der Anlegung von Metallnähten, ja sogar die gleichartige Verwerthung eines dicken Bleidrahtes und andere zielbewusste Modifikationen dürften dem erfinderischen Ärzte in solchen aufregenden Augenblicken lebensrettende Dienste leisten.

Die gewünschte Wirkung der Konstriktion ist jedoch, wie erwähnt, nur dann zu erwarten, wenn eine sehr feste Kompression stattfindet, so dass die Arteriae uterinae und spermaticae genügend komprimirt werden, die beim invertirten Uterus jedoch in dem Inversionstrichter liegen und nur schwer beeinflusst werden können.

Jedenfalls aber scheint mir ein solcher Effekt in dem oben erwähnten Falle durch die feste Schnürung erzielt worden zu sein. —

Dass die Reduktion eines invertirten Uterus auch kurze Zeit nach dessen Zustandekommen Schwierigkeiten machen kann, zeigt ein Fall, über den das Centralblatt für Gynäkologie No. 13 a. c. berichtet und der von Bergstrand beobachtet wurde.

Die frisch Entbundene blutete stark. In der Vagina war eine teigige Geschwulst fühlbar, welche durch den vollständig invertirten Uterus gebildet wurde. Nach Ätherinjektionen wurde die Reposition versucht, jedoch vergebens. Interessant ist noch die Mittheilung, dass, weil die Chloroformnarkose wegen des bestehenden Collapses zu gefährlich schien, statt derselben hypnotische Suggestion mit Streichungen angewandt wurde und zum Ziele führte, d. h. dass in diesem Zustande die Reposition gelang, worauf die Blutung stand.

Wie die Reduktion des invertirten Uterus, so ist auch die künstliche Inversion desselben gewiss nicht immer leicht zu bewirken, besonders dann, wenn die Atonie keine komplete oder totale, sondern nur eine partielle ist. Doch handelt es sich meist um totale Atonie des Gebärmuskels. Eine Technik, die diesem Zwecke dienen soll, lässt sich bei der mangelnden Erfahrung über diesen Punkt nicht aufstellen. Es wird der Druck von oben und das gleichzeitige Aufsperren des Cervicaltheiles wohl als das naturgemäße Vorgehen bezeichnet werden müssen. Ein Zug an der Innenwand, wie er indirekt durch die noch festsitzende Placenta bei den Post-partum-Inversionen wohl gewöhnlich wirksam ist, lässt sich nicht so leicht anwenden. Immerhin wäre ein Fassen des Fundus mit der Muzeux'schen Zange nöthigenfalls! in Anwendung zu ziehen. Dies wäre bei kräftigem Drucke von außen, wodurch der Zange Material zum Angreifen entgegengeführt würde, zu versuchen.

Dieselbe Nummer des Centralblattes bringt ferner einen 3. Aufsatz Sänger's zur Kaiserschnittfrage und gleich daran anschließend eine Äußerung von Heinrich Fritsch zu derselben Frage, welche mich veranlassen, hier gleichfalls eine weitere Möglichkeit, die künstliche Inversio uteri zu verwerthen, zur Sprache zu bringen.

Ich meine die Nahtanlegung bei der Sectio caesarea nach künstlicher Inversion, und falls letztere nicht gelingt, die Möglichkeit einer intra-uterinen Knotung des Nähmaterials auch ohne die künstliche Umstülpung des Uterus.

Gelingt es, den Uterus nach vollendeter Sectio caesarea umzustülpen, so dass er (bei normalem und mäßig verengtem Becken) in die Scheide tritt und zieht resp. drückt man ihn alsdann stark nach abwärts, so wird man sich bei einer Multipara leicht und trotz der Enge der Scheide, die in solchen Fällen bei Primiparituren oder bei wiederholtem Kaiserschnitt besteht, auch bei diesen successive die Schnittwunde in der Vulva zugängig machen und nähen können, auch wenn es nicht gelingt, das Organ bis vor die Vulva zu führen.

Die Knotung wird alsdann nicht mehr, wie bis jetzt gebräuchlich, nach dem Cavum peritonei, sondern nach dem Uterusinneren ausgeführt. —

Die Vortheile einer so gelegten Naht sind einleuchtend und werden besonders durch den Streit, der sich bezüglich der Nothwendigkeit der sero-serösen Naht und des dabei zu verwendenden Nähmaterials entsponnen hat, illustrirt.

Ich muss Fritsch beipflichten, wenn er für möglichste Vereinfachung eintritt und eine Einheitsnaht erstrebt. Die Lembert'sche Naht ist aber nur desshalb aufs Tapet gekommen, weil man damit die Nachtheile der gewöhnlichen einfachen Knopfnaht fürs Peritoneum und den Inhalt der Bauchhöhle mildern zu müssen glaubte, Nachtheile, die bei der intra-uterinen Knotung der Fäden von selbst fortfallen.

Sänger hebt in seinem letzten Beitrag (l. c. p. 225 und 226) ganz besonders die Aufgabe ein Verwachsen des Uterus mit der vorderen Bauchwand, so wie mit dem Netz, mit Darmschlingen und der Blase zu verhüten, hervor und weist darauf hin, dass auch Zweifel dieser Frage seine Aufmerksamkeit geschenkt hat, wie aus der Hertzsch'schen Arbeit hervorgeht.

Die drei Punkte, auf welche es hierbei ankommt, sind wie folgt bezeichnet worden: 1) Es soll erstrebt werden vollkommene Asepsis, wobei die peritonealen Oberflächen nicht mit chemischen Antisepticis gereizt werden; 2) möglichste Verbergung der Knoten des Nahtmaterials der Uteruswunde (also durch die Lembert'sche Naht nach Sänger), und 3) sorgfältige, d. h. enge und gleichmäßige Bauchnaht mit Fassung des Peritoneum und Verwendung möglichst dünner Nadeln. Dieses letzte Erfordernis, welches bereits von Hertzsch gewürdigt worden, wird nach Sänger als durch sorgfältige, d. h. enge und gleichmäßige Bauchnaht mit Fassung des Peritoneum und Verwendung möglichst dünner Nadeln als erreichbar angesehen.

Ich pflichte dem Autor hierin vollständig bei, hat doch die ganze Lembertsche Naht keinen anderen Zweck, als die Knoten zu übersäumen und eine Kommunikation der Peritonealhöhle mit dem Uterusinneren, sei es durch eine einschneidende Naht, sei es durch das Nähmaterial selbst, zu verhindern.

Dass die Verwachsung der serösen Flächen am Uterus übrigens auch ohne die Lembert'sche Naht bei enger Anlegung der Knopfnähte stattfindet, bedarf wohl keines Beweises; nur die Stellen, wo die Knoten sitzen, bieten einer kompleten sero-serösen Vereinigung ein größeres Hindernis. Fallen also die Knoten peritonealwärts fort, wie es bei der soeben von mir erwähnten Art der Nahtanlage vom Cavum uteri aus der Fall sein würde, so wäre eine gänzliche sero-seröse primäre Verwachsung gewiss schon nach wenigen Stunden, wenn auch zunächst mehr plastisch als fibrillär, gesichert. Ihren abschließenden Einfluss würde diese geltend machen können, und eine septische Infektion, die sich vom Uterus aus auf das Peritoneum durch die Stichkanäle oder durch die Substanz des Nähmaterials selbst fortpflanzen könnte, wäre gänzlich unmöglich. —

Das Plus an Mühe und Zeit, welches dieses Verfahren erfordern würde, wäre durch den Wegfall der Lembert'schen Naht wett gemacht, wenn man diese, wie Sänger es thut, für nöthig halten sollte, während diejenigen, die solche mit Fritsch für überflüssig erachten, ihr die von mir erwähnten Vorzüge nicht absprechen können, so dass ein Mehraufwand von Zeit und Mühe nicht in Betracht kommen darf.

Das Nähmaterial wird, wenn nach meinem Vorschlage angelegt, natürlich uterinwärts durchschneiden, wenn es nicht einheilt, worin ein weiterer Vortheil sowohl bezüglich der Vermeidung der Sepsis als der Verhütung von Adhäsionsbildung im Coelom erreicht wäre. —

Die Anlegung der Naht wird allerdings einige Schwierigkeit bei Primiparitäte und bei wiederholtem Kaiserschnitt solcher zu Entbindenden bedingen, die sie auf natürlichem Wege geboren haben, und ich verkenne auch die Schwierigkeiten nicht, die eine große Beckenenge der künstlichen Inversion entgegenstellen kann, so dass sich in diesen Fällen die Silbernaht mit intra-uteriner Knotung **ohne** künstliche Inversion empfehlen würde.

Der Drahtschnürer würde für die letzten, die distalen, Silberfäden durch die Scheide in den Uterus geführt werden müssen, was für die proximalen Drähte nicht nöthig wäre, da sie von der Wunde aus zugedreht werden können. Ja für diesen Theil der Naht wäre auch Seide oder jedes andere Material verwendbar.

Was nun die etwas größere Schwierigkeit der Nahtanlegung betrifft, so würde sie natürlich nicht in Betracht kommen, wenn sich in der That aus der besprochenen Art, die Uteruswunde zu schließen, ein günstigeres Resultat für die Kaiserschnittstatistik erwarten ließe.

Letzteres scheint mir sehr wohl möglich. Wir erreichen mit etwas mehr Mühe, was jeder Operateur wünschen muss und was Sänger durch die seroseröse Naht erstrebt hat: die Nähte sind fürs Peritoneum unschädlich und gehen mit den Lochien ab, falls sie durchschneiden. —

Die Reinversio wird eventuell Schwierigkeit machen und dabei die Sicherheit der Naht gefährden, wird man noch einwenden können. —

Ich glaube es nicht. Man würde aber alsdann nur auf die Erleichterung der Nahtanlage durch die künstliche Inversion verzichten müssen, ohne gleichzeitig die Knotung nach dem Cavum als zu erstrebendes Ziel der Technik fallen zu lassen. —

Die Vortheile sind so naheliegend, dass sie weiterer Ausführung hier wohl nicht erst bedürfen.

Die Bedingungen für die Verwachsung der serösen Wundränder wären, wenn nach dieser Methode genäht wird, für Bauch- und Uteruswunde die gleichen. —

Die Nadeln müssten natürlich die Serosae an beiden Wunden nicht zu wenig fassen. Die Fäden würden hier wie dort bald unter der plastischen Zellenschicht, die die Serosaränder verklebt, zu liegen kommen und am Uterus dem Cavum zu, an der Bauchwunde der Haut zu durchschneiden, wenn sie nicht einheilen. Beiderseits fände das etwaige Durchschneiden von Fäden natürlich nach den Knoten hin statt.

Einer Verklebung und Verwachsung in der Abdominalhöhle, sei es der genähten Wunden unter sich oder mit dem Darme, dem Netze oder der Bauchwand wäre auf die Weise am sichersten vorgebeugt und der Sepsis eine zeitige und sichere Schranke gesetzt.

II. Die einfache gerade Röhre als Katheter für die weibliche Harnblase.

Von

Dr. **Felix Wolfner** (Prag-Marienbad).

Vor zwei Jahren machte ich den Vorschlag an den Kathetern für die Harnblase keine seitlichen Öffnungen, Fenster, anzubringen, sondern für das Einfließen des Harnes aus der Harnblase in das Instrument an diesem eine centrale Öffnung zu lassen, so dass der Katheter für Männer bloß eine einfache Röhre von entsprechender Krümmung darstellen würde [1].

[1] Ein einfacher Katheter für die Harnblase mit einfacher centraler Öffnung von Dr. Felix Wolfner. Deutsche med. Wochenschrift 1887. No. 28.

Dieser Vorschlag wurde folgendermaßen begründet:

1) Die bisher gebräuchlichen Katheter sind an ihrem centralen, geschlossenen Ende, der Katheterkuppe, kugelig oder eiförmig verjüngt. Ein solches Instrument dringt nicht mit gleichem Volumen vor; es geht demselben ein kugelig oder eiförmig »zugespitzter« Theil voraus, wodurch es sich leichter in etwa vorhandene Falten fangen kann, als dies bei einem Katheter mit unverjüngtem Ende möglich ist.

2) Der Katheter mit Fenster bietet der Reinigung, der Desinfektion mehr Schwierigkeiten, als dies eine einfache Röhre thun würde.

3) Wenn der Katheter statt des seitlich angebrachten Fensters so wie eine Röhre eine centrale Öffnung hätte, dann würde der todte Raum wegfallen, ein lufthaltiger oder massiver Raum, der, ein Ballast der jetzt gebräuchlichen Katheter, so weit in das Innere der Blase eingeführt werden muss, bis das Fenster in dieselbe eingetreten ist.

Der todte Raum des Katheters wird jetzt allgemein massiv gemacht, mit Metall ausgegossen. Hierdurch ist die Reinigung des Instrumentes allerdings wesentlich erleichtert und eben so entfällt der todte Raum als lufthaltiger Raum. Wenn aber ein Katheter keine seitliche, sondern eine centrale Öffnung hat, dann fällt die Kuppe, dieser todte — massive oder lufthaltende — Raum überhaupt weg und es entsteht hierdurch noch der Vortheil, dass ein Katheter mit centraler Öffnung nicht so weit in die Harnblase geschoben werden muss, dass das eingeführte Instrument nicht unnützerweise einen Raum vor sich hat, der nicht für die Harnentleerung dient.

4) Das Katheterfenster kann Schleimhaut fassen, sei es dadurch, dass die Muskulatur der Umgebung z. B. durch Krampfzustände sie in das Fenster presst, sei es dass Tumoren dies durch ihre Schwere oder aus Raummangel besorgen, oder aus anderen Ursachen. Auf diese Weise kann dem gefensterten Katheter nicht nur bei dem Einführen sondern sogar auch bei dem Entfernen Widerstand geboten und Gelegenheit für eine Schleimhautverletzung gegeben sein.

5) Ein fernerer Vortheil der centralen Katheteröffnung der Fensteröffnung gegenüber ist der Umstand, dass ein Katheter mit centraler Öffnung beim Ausspülen der Blase der Spülflüssigkeit, sammt den durch dieselbe eventuell zu entfernenden Körpern — z. B. Schleim, Sand etc. — eine gerade Bahn freilässt. Bei einem gefensterten Katheter muss die Spülflüssigkeit und deren Inhalt einen gekrümmten Weg nehmen, sie muss, um nach außen zu kommen, durch das Fenster senkrecht zur Katheterachse in dessen Lumen eintreten und hier die Bahn nach der Längsachse des Instrumentes ändern.

Aus den genannten Gründen möchte ich nunmehr den Vorschlag machen auch die Katheter für Frauen statt mit einem seitlichen Fenster mit einer centralen Öffnung zu versehen, also auch hier eine einfache Röhre zu verwenden, welche in diesem Falle ganz gerade sein soll, bei der es überdies gleichgültig ist, welches

der beiden Enden in die Harnröhre eingeführt wird. Ein solches gerades Rohr hat überall ein gleiches Volumen; ist sehr leicht und rasch zu desinficiren und zu reinigen; die Reinheit desselben für das Auge kontrollirbar, weil man eben durch eine gerade Röhre durchsehen kann; ein derartiger Katheter besitzt überhaupt keinen todten — massiven oder lufthaltigen — Raum, hat kein Fenster, mit dem er Schleimhaut fassen könnte und würde als vollkommen gerade Fortsetzung des Blasenlumen einer Spülflüssigkeit den denkbar leichtesten Abfluss gewähren.

Um nun die Hauptsache, die Frage zu entscheiden, wie es mit der Verwendbarkeit der einfachen geraden Röhre als Katheter für Frauen in Wirklichkeit steht, hatte ich, Dank der Güte meines Kollegen, des Herrn Dr. E. Frank, Assistenten der gynäkologischen Klinik des Herrn Prof. Schauta, Gelegenheit dieselbe in sehr vielen Fällen theils selbst zu erproben, theils erproben zu sehen.

Das zur Probe verwendete Instrument stellt eine gerade, 22 cm lange Röhre dar, deren Wand die genügende Stärke — $1^1/_2$ mm — hat, um die beiden Katheteröffnungen als breiter, abgerundeter, glatter Saum oder Wall zu umgeben, welcher vermöge seiner Breite das Einführen ohne Beschwerde ermöglicht.

Bei diesen Proben ergab sich, dass dieser Katheter bei normalen Harnwegen in dieselben eben so leicht und eben so schwer als andere einzuführen ist, hierbei der Pat. nicht mehr und nicht weniger Beschwerde verursacht als letztere. In pathologischen Fällen, bei Reizzuständen der Harnblase etc. war das Ein- und Ausführen des einfachen Rohres leichter zu bewerkstelligen als mit dem gefensterten Instrumente. Man bemerkte ferner, dass das einfache gerade Rohr als Katheter etwa um 1 cm — so viel betrug der Kuppen- und der Fenstertheil des vergleichsweise verwendeten Katheters — weniger weit als der gefensterte Katheter eingeführt zu werden braucht, um dem Harne Abfluss zu geben. In dem Augenblicke wo der Harn zu fließen beginnt, d. h. wo der Katheter das Blasenlumen betritt, braucht und soll man ihn nicht weiter vorschieben. Thut man dies bewusst oder unbewusst dennoch, so verspürt man an demselben manchmal einen Schlag, etwa so als wenn ein ballotirender Körper anstoßen würde und dabei ist gleichzeitig das Harnabfließen unterbrochen, welches wieder eintritt sobald man das Instrument etwas zurückzieht. Es hätte demnach dieser Katheter eben nur bis zum Blaseneingang vorzudringen und gleichsam nicht nothwendig die Blase selbst zu betreten.

Eine Verletzung der Schleimhaut durch das angegebene Instrument wurde nie beobachtet; es haftete nie Blut an demselben, auch wenn man den Katheterismus noch so rasch vollführte. Dessgleichen wurde bei dem Herausnehmen niemals ein Widerstand bemerkt, wie es bei gefensterten Kathetern manchmal vorkommt. Besonders in einem Falle von Blasenkatarrh war der gefensterte Katheter schwerer einzuführen, und als man denselben entfernen wollte fand man einen

bedeutenden Widerstand, jedenfalls wurde derselbe durch die in dessen Fenster gepresste Schleimhaut fixirt; die nachher eingeführte einfache Röhre drang sehr leicht vor und gleitete außerordentlich leicht wieder heraus.

Die centrale Öffnung dieses Katheters dringt in die Harnröhre sehr leicht ein wie etwa ein Speculum in die Scheide, ein Ansatzrohr eines Irrigators in den Anus, oder der Magenschlauch nach Oser in den Magen, indem der Katheter »die entgegenstehenden Hindernisse vor sich her aus einander faltet, aus einander zieht« und das Herausnehmen des Katheters geschieht um so leichter, als er glatte, von keinem Fenster unterbrochene Wandungen besitzt, also etwaigen Widerständen nirgends ein Angriffspunkt gegeben ist.

Für einzelne Fälle, in welchen die Harnröhre durch pathologische Veränderungen der Umgebung starr fixirt ist, eine nicht auszugleichende Krümmung hat, würde man einen solchen Katheter, ein solches Rohr aus biegsamen Materiale zu verwenden haben, welchem man die im gegebenen Falle erforderliche Krümmung giebt, eben so wie man z. B. die Uterussonde für jeden einzelnen Fall nach Bedarf zurecht biegt.

---

1) **F. Rollin** (Paris). Hämorrhagien des Ovariums.

Thèse de Paris, G. Steinheil, 1889. 105 S.

Die Hämorrhagien des Ovariums kommen häufiger vor, als man glaubt; sie zerfallen in Hämorrhagien der Graaf'schen Follikel und in interstitielle Hämorrhagien. Erstere, die sogenannten vesikulären, umfassen selbst wieder mehrere Arten. Die erste von ihnen verdient den Namen »multiple vesikuläre Hämorrhagie bei Infektionskrankheiten und Vergiftungen« und ist von Ch. Robin genau durchforscht; die beiden folgenden Arten entstehen zumal aus Anomalien der Ovulation, welche normalerweise von einer kaum merklichen Blutung gefolgt ist; die eine bildet sich thatsächlich aus der Produktion eines reichlichen Ergusses vor und nach der Ruptur des Follikels d. i. die extravesikuläre Hämorrhagie; sie verursacht eine innere Blutung und hat oft eine tödliche Peritonitis oder Hämatocele im Gefolge, entsprechend ihrer Reichlichkeit und der Toleranz des Bauchfells.

Die dritte Art ist die intravesikuläre Hämorrhagie; sie besteht aus einem Bluterguss in den Follikel, welcher, im Inneren des Ovariums zurückgehalten, nicht bersten kann, und bildet so eine Blutcyste des Ovariums.

Die Hämatocele und die Blutcyste wachsen in gleicher Weise, nämlich durch die Ruptur der Follikel bei den folgenden Menstruationen, sei es in den Douglas, oder in die intraovarielle Cyste. Wegen dieser Eigenheit hat Boeckel diese Cysten »menorrhagische« genannt.

Die beiden letzten Arten von vesikulären Hämorrhagien sind

1) solche, welche sich in hydropischen Follikeln bilden und 2) solche, welche sich in den Corpora lutea bilden in Folge leichten Durchsickerns von Blut, nach der Ovulution.

Die interstitiellen Hämorrhagien theilen sich in zwei Arten; die eine besteht aus kleinen Ergüssen in das Stroma, welche ohne jegliche Wichtigkeit sind. Die andere diffuse Hämorrhagie kann das Ovarium in den Zustand einer mit Blutmasse gefüllten Hülle versetzen, analog dem Gewebe der Milz; diese Art führt zur septischen Oophoritis, wie im Puerperium. Birst die Hülle des Ovariums, so folgt letale Peritonitis.

Die Symptome sind nach der Art der Blutung sehr verschieden. Während ein Theil der Blutung absolut latent verlaufen, tritt die extravesikuläre Hämorrhagie ganz plötzlich auf, ohne Vorläufer führt sie auf der Stelle zum Tode oder ist die Ursache einer Hämatocele retrouterina.

Die Blutcysten verhalten sich wie die übrigen Tumoren des Ovariums; sie wachsen unbestimmt, drohen stets zu platzen und bilden so eine ewige Gefahr für die Kranke.

Wenn man von der extravesikulären Blutung des Ovariums absieht, ist die Diagnose oft sehr schwer, in einigen Fällen selbst unmöglich; ein einziges Zeichen, das Boeckel angegeben hat, gestattet uns auf die hämorrhagische Natur der Cysten zu schließen d. i. die plötzliche Volumenzunahme zur Zeit der Menses.

Die Therapie muss für die extravesikuläre Blutung in der unmittelbaren Laparotomie bestehen, gefolgt von der Abtragung des Ovariums und sorgfältiger Toilette des Bauchfells. Die Blutcysten endlich indiciren die Ovariotomie und zwar entsprechend der Sachlage einfach oder doppelt, mit oder ohne Abtragung der Tuben.

K. Ruhemann (Berlin).

---

2) **v. Szabó** (Budapest). Zur Desinfektion in der Hebammenpraxis.

(Gyógyászat 1889. November 24.)

An die im Centralblatt für Gynäkologie (1889 No. 34) von A. Solowij (Pressburg) angeregte Frage, die Prof. Mann (Szegedin) zu einer Entgegnung (1889 No. 41) und Solowij (1889 No. 45) wieder zu einer Replik veranlasste, knüpft v. S. einige Bemerkungen, die sich zugleich auf den in diesem Jahre erschienenen und sich mit diesem Gegenstande beschäftigenden Ministerialerlass beziehen. Den auch von Solowij beobachteten Thatsachen, dass die Hebammen zur Desinfektion der Hände gewöhnlich nur ein mit einigen Tropfen 5%iger Karbollösung gemischtes Wasser ($^1/_2$—1 Liter) gebrauchen, wird durch den § 3 (wenigstens auf dem Papier) entgegengearbeitet, indem er anordnet, dass die Hebammen zu jeder Geburt 250 g 5%ige Karbollösung mitnehmen müssen und dieselbe nur mit der gleichen Menge Wassers vermischt anwenden dürfen. Freilich kann diese Menge nur bei regelmäßigen, nicht protrahirten Geburten ge-

nügen und desshalb empfiehlt v. S. den Hebammen den Gebrauch von koncentrirter Karbollösung zu erlauben und dieselben in den Schulen zu unterweisen, wie sie mit der Flüssigkeit umzugehen haben, um die nöthige Lösung zu erhalten; am richtigsten ist es, ihnen einen 5 g fassenden Löffel mitzugeben; so viel Löffel voll koncentrirter Lösung in $^1/_2$ Liter Wasser geschüttet, eine so viel procentige Lösung erhält man dann. Sublimatpastillen (sec. Angerer) empfiehlt er entgegen der Ansicht Solowij's nicht für die Hebammenpraxis, da dieselben, abgesehen von der giftigen Wirkung, die eventuell auch durch die Verwechslung mit Zuckerplätzchen entstehen könnte, auch desshalb nicht, weil das Sublimat nicht in allen Fällen angewendet werden darf (wie bei Kachexie, Anämie, Nierenleiden).

Die Verfügung des § 6, wonach die Hebamme verpflichtet ist, »die äußeren Genitalien und deren Umgebungen bei Wöchnerinnen zweimal täglich mit lauem Wasser aus einem reinen Kruge so lange zu bespülen, bis das dort klebende Blut und die Lochien weggewaschen sind«, hält v. S. derzeit noch für ungenügend in der Praxis, und verlangt, dass auch zu diesen Waschungen wenn nicht eine desinficirende Flüssigkeit, so doch wenigstens »gekochtes Wasser« verwendet werde.

Eben so möchte er auch eine Reinigung der äußeren Genitalien (mittels Bürste, Seife und Wassers) vor der ersten Untersuchung obligatorisch eingeführt sehen.

v. S. findet es auch für unrichtig, dass in der erwähnten Verordnung der Scheidenausspülungen keine Erwähnung geschieht, und wenn er auch gegen die Solowij'sche Proposition, dass »den Hebammen der Gebrauch des Irrigators ganz zu verbieten und derselbe sogar aus dem Instrumentarium wegzulassen sei«, so glaubt er doch, dass der Gebrauch desselben in so fern eingeschränkt werden müsste, als er ohne ärztliche Anordnung nur bei strikten, besonders angeführten Indikationen angewendet werden dürfte.

Die Empfehlung Solowij's, dass den Hebammen ein Kautschukwaschbecken mitzugeben sei, hält v. S. für sehr zweckmäßig, und glaubt sogar noch die Mitnahme eines zweiten kleineren Beckens für die desinficirende Flüssigkeit anrathen zu können — namentlich für die Armenpraxis.

Im Übrigen erklärt v. S. die Gesetzesbestimmungen für sehr zweckentsprechend.

Temesvary (Budapest).

---

3) **Lombe Atthill** (Dublin). Über die Wirkung gewisser Arzneimittel auf das Utero-Ovarialsystem.

(Dublin journ. of med. science 1888. December.)

Die Untersuchungen sind wesentlich auf dem Wege praktischer Beobachtung am Krankenbette gemacht und beziehen sich fast ausschließlich auf die Beeinflussung der Menstruationsstörungen durch innere Mittel. Die verschiedenen sogenannten Emmenagoga werden

des Ausführlichen besprochen und ihre Wirksamkeit resp. besser Nichtwirksamkeit ins rechte Licht gestellt. Mehr Beachtung eventueller konstitutioneller Allgemeinerkrankungen von Seiten der Ärzte gefordert. Ergotin wirkt nach Verf. nur dann, wenn ein Angriffspunkt für die Muskulatur innerhalb des Uterus gegeben ist; bei Fibromen am ehesten, wenn diese zwischen den Einmündungsstellen der Tuben, »dem sensitiven Theile des Organs« sitzen und von Muskulatur noch ganz umgeben sind. In der Gravidität wirkt Ergotin überhaupt nicht, wenn nicht schon durch andere Ursachen die Lösung des Eies eingeleitet oder wenigstens vorbereitet ist. Verf. hat sogar bei Abortus imminens unter reichlichen Dosen Secale resp. Ergotin die Blutung stehen und Schwangerschaft weiter gehen sehen. Es wirke hier so zu sagen als Tonicum des Uterus. Viel Neues ist im Ganzen durch Verf. Beobachtungen nicht zu Tage gefördert.

Zeiss (Erfurt).

Kasuistik.

4) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 11. April 1890.

Vorsitzender: Herr Jaquet; Schriftführer: Veit.

I. In Betreff des Stiftungsfestes wird beschlossen, ganz wie in früheren Jahren zu verfahren.

II. Die Namen der zur Aufnahme vorgeschlagenen Ärzte werden verlesen.

III. Demonstration von Präparaten.

1) Herr Saurenhaus demonstrirt einen Uterus, den Geheimrath Olshausen durch die Totalexstirpation entfernt hat.

Es handelte sich um ein ausgebreitetes Carcinom, welches den Cervix stark aufgebläht hatte; der Fall bot in so fern ein besonderes Interesse, als der Cervix ganz außergewöhnlich lang war, er misst 6 cm, während die Länge des Corpus uteri nur 5 cm beträgt. Der exstirpirte Uterus ist 270 g schwer.

Die Operation bot erhebliche Schwierigkeiten dadurch, dass die Eröffnung des Peritoneum wegen der abnormen Länge des Cervix und rechtsseitiger alter parametritischer Schwarten, welche das Herabziehen des Uterus fast unmöglich machten, hoch oben in der Vagina statt haben musste, deren Raum durch den dicken Cervix, dessen größte Breite nach Aufschneidung desselben 9 cm betrug, erheblich beengt war. Der Verlauf ist reaktionslos.

2) Herr Flaischlen legt das Präparat einer Tubenschwangerschaft vor, welche er vor Kurzem durch die Laparotomie entfernt hat. Anamnestisch ist in diesem Falle hervorzuheben, dass die Pat., 37 Jahre alt, 7mal geboren hat. Zwei Jahre nach der letzten Entbindung folgte ein Abort und 2 Jahre nach diesem Abort wurde sie extra-uterin schwanger. Die letzte Periode war am 25. November 1889.

Ende Januar traten heftige Schmerzen mit Blutungen auf. Die Blutungen dauerten bis zum 31. Januar. Eine Decidua soll nicht abgegangen sein. Seit Anfang März trat wieder andauernd mäßige Blutung auf. Die Diagnose auf Extrauterin-Gravidität war ohne Narkose mit absoluter Sicherheit zu stellen. F. hatte den Eindruck, dass es sich um eine lebende Frucht handele, ungeachtet der Blutabgänge aus dem Uterus, da der Fruchtsack elastisch, weich sich anfühlte und die Größe desselben mit der Schwangerschaftszeit übereinstimmte.

Bei der Laparotomie fand sich, dass der Fruchtsack mit dem hinteren Blatte

des rechten Lig. latum verlöthet war. Beim Lösen der Adhäsionen platzte der bis dahin intakte Fruchtsack und es entleerten sich Blutcoagula in großer Menge. Der Verlauf war absolut glatt. Die Kranke verließ am 15. Tage das Bett.

Am Präparat sieht man eine mit dem geplatzten Sacke breit kommunicirende Höhle, welche durch eine Ausbuchtung der Tube gebildet und mit einem großen Blutcoagulum ausgefüllt ist. Letzteres hängt mit der Tubenwandung durch feine Fasern, die Reste der Chorionzotten, zusammen. Es handelt sich hier also um Hämatombildung, welche wahrscheinlich Ende Januar begonnen hatte, zu der Zeit, in der voraussichtlich der Fruchttod erfolgt ist.

3) Herr Gebhard demonstrirt einen 3monatlichen Fötus mit Ektopie der Baucheingeweide. Der Nabelstrang fehlt völlig, die Nabelgefäße gehen getrennt auf die Placenta über. Außerdem besteht Sympodie, indem die unteren Extremitäten bis zum Knie abwärts mit einander verwachsen sind. Ob eine Achsendrehung der Beine stattgefunden hat, lässt sich bei dem macerirten Zustand der Frucht nicht entscheiden.

IV. Diskussion über den Vortrag des Herrn Flaischlen »Über Hyperemesis gravidarum«.

Herr Bröse hebt hervor, dass aus dem sehr dankenswerthen Vortrage des Herrn Flaischlen vor Allem die erhebliche Mortalität der Fälle von Hyperemesis gravidarum — von 5 Fällen sind 3 gestorben — zu beachten sei. Fern liegt es ihm, den konsultirenden und behandelnden Ärzten einen Vorwurf daraus machen zu wollen. In 2 Fällen wurden Herr Flaischlen und Herr Ruge erst zugezogen, als die Frauen moribund waren.

Wohl aber glaubt er manchen Lehrbüchern der Geburtshilfe einen gewissen Vorwurf nicht ersparen zu können, weil sie sich sehr unbestimmt über die Hyperemesis gravidarum als Indikation für den künstlichen Abort ausdrücken, ja selbst über das Vorkommen der Hyperemesis und deren Prognose sich so undeutlich äußern, dass manche Ärzte zu der Ansicht kommen können, dass es gar kein »unstillbares Erbrechen« der Schwangeren im eigentlichen Sinne des Wortes gäbe, dass die Hyperemesis gravidarum nicht zum Tode führen könne. So schwer es auch sein wird, für den einzelnen Fall den richtigen Zeitpunkt zur Einleitung des künstlichen Abortus zu finden, so sicher es auch ist, dass jeder Fall von Hyperemesis für sich beurtheilt werden muss, so muss man sich doch bemühen, in den Lehrbüchern etwas bestimmtere Indikationen für die Einleitung des künstlichen Abortus bei Hyperemesis gravidarum aufzustellen, vor Allem aber betonen, dass doch wohl häufiger, als viele Geburtshelfer annehmen, das unstillbare Erbrechen zum Tode führt. Man muss verlangen, dass, wenn eine Schwangere 14 Tage lang Alles, was sie genießt, ausbricht, der behandelnde Arzt einen in der Geburtshilfe erfahrenen Kollegen hinzuzieht. Es darf der künstliche Abort nicht so lange hinausgeschoben werden, bis es zu spät ist und es ist eher zu entschuldigen, wenn einmal ein künstlicher Abort zu viel eingeleitet wird, als dass Frauen an Hyperemesis zu Grunde gehen, zumal da bei dieser Erkrankung ein großer Theil der Frauen spontan abortirt. Nach der Statistik von Gueniot über 118 Fälle von Hyperemesis trat in 58 Fällen, also fast 50%, der Abort spontan ein.

Von den Fällen von Hyperemesis, welche Bröse beobachtet hat, theilt er einen ausführlich mit, in welchem dreimal hinter einander wegen unstillbaren Erbrechens in der Schwangerschaft der künstliche Abort eingeleitet wurde.

Es handelte sich um eine 26 Jahre alte Frau, welche einmal ausgetragen hatte, allerdings unter so starkem Erbrechen, dass die Ernährung durch Klysmata erfolgte und Pat. sich erst drei Monate nach der Entbindung wieder erholte; einmal eine Frühgeburt gehabt hatte, einmal im vierten Monat spontan abortirt hatte. Diese beiden Schwangerschaften waren von noch stärkerem Erbrechen begleitet. Die vierte Schwangerschaft wurde im Jahre 1885 wegen unstillbaren Erbrechens durch den künstlichen Abort im 3. Monat von dem behandelnden Arzte unterbrochen.

Die fünfte Schwangerschaft wurde ebenfalls im Jahre 1887 im 3. Monat durch den künstlichen Abort unterbrochen, nachdem die Frau bis zum Skelett abgemagert

war. Die Frucht wurde erst 8 Tage nach der Einleitung des künstlichen Abortus und die Nachgeburt angeblich erst 4 Wochen später ausgestoßen. Das Erbrechen dauerte so lange, bis auch die Nachgeburt geboren war.

Am 27. December 1888 kam die Frau in B.'s Behandlung. Letzte Periode am 16. Oktober. Die Pat., welche außerhalb der Schwangerschaft ganz gesund gewesen war, brach seit Anfang November Alles aus, was sie genoss.

Alle Medikamente, welche innerlich oder subkutan oder per Klysma angewendet wurden, waren ohne Erfolg. Ernährende Klysmata wurden bei den heftigen Brechbewegungen wieder ausgestoßen. Jede noch so geringe Erschütterung löste, ähnlich den Reflexkrämpfen bei Strychninvergiftung, krampfartige Brechbewegungen aus. Dazu gesellten sich stundenlang anhaltende Anfälle von Singultus und heftige Neuralgien im ganzen Gebiet des Trigeminus. Die Kranke war ziemlich abgemagert. Dennoch beschloss B. nach Rücksprache mit Herrn Kollegen Bokelmann noch mit der Einleitung des künstlichen Abortes zu warten. Da trat in der Nacht vom 6.—7. Januar 1889 eine heftige Magenblutung auf. Es wurde desshalb schleunigst mit Laminaria der Cervix dilatirt und das Ei entfernt. Sogleich hörte das Erbrechen auf, die Magenblutung sistirte und nach 8 Wochen hatte sich die Frau wieder ganz erholt.

Auffallend ist an diesem Fall, wie mit jeder Schwangerschaft das Erbrechen schlimmer wurde. Die Magenblutung glaubt B. auch als durch das heftige Erbrechen hervorgerufen betrachten zu müssen, da die Frau vorher niemals irgend welche Symptome einer Magenerkrankung gehabt hatte. Wie auch sonst bei Kranken, welche an heftigem Erbrechen leiden, ferner bei Stauungen in den Magenvenen durch Leber-, Herz- und Lungenkrankheiten Blutungen in die Magenschleimhaut und Ulcerationen derselben, sogenannte hämorrhagische Erosionen, vorkommen, so war auch in diesem Falle jedenfalls eine hämorrhagische Erosion entstanden, welche ein größeres Gefäß der Magenschleimhaut angeätzt und zu einer profusen Blutung geführt hatte. Solche während der Hyperemesis auftretende Magenblutungen hält B. für eine dringende Indikation zur Einleitung des künstlichen Abortes.

Herr Schülein: Ich hatte in der ganzen Zeit meiner Thätigkeit dreimal Veranlassung, die Gravidität wegen unstillbaren Erbrechens zu unterbrechen.

Das erste Mal handelte es sich um eine Dame Anfang der 30er Jahre. In der ersten Schwangerschaft war ebenfalls starkes Erbrechen aufgetreten, doch ließ dasselbe im dritten Monat nach. In der zweiten Gravidität wurde ich Anfang des dritten Monats wegen andauernden Erbrechens und der Unfähigkeit, auch nur die geringsten Mengen fester oder flüssiger Nahrung bei sich zu behalten, hinzugerufen. Der Uterus lag normal, war abnorm groß. Ein leichter Uterinkatarrh bestand seit der ersten Entbindung. Ich versuchte es zunächst mehrere Wochen hindurch mit fast allen vorgeschlagenen inneren Mitteln, jedoch ohne Erfolg; eben so wenig nützte die Dehnung des Cervix. Die vorher blühende, kräftige Dame magerte immer mehr und mehr ab. Die Urinmenge war vermindert. Geringe Temperatursteigerungen. Ich unterbrach die Schwangerschaft dadurch, dass ich mit der Sonde in den Uterus einging und das Ei möglichst weit abzulösen versuchte. Gleich am nächsten Tage war eine wesentliche Besserung festzustellen. Wenn auch noch Erbrechen bestand, so war dasselbe doch bedeutend vermindert und die Pat. konnte wenigstens einige Schlucke Wein bei sich behalten. Auch die anhaltenden lästigen Übelkeiten hatten nachgelassen. Nach drei Tagen ging ich wieder mit der Sonde ein und zwei Tage später erfolgte die Ausstoßung des Eies. — Der Verlauf des Puerperium war fieberfrei. Pat. war jedoch so geschwächt, dass sie erst nach drei Wochen das Bett verlassen konnte. In den beiden darauf folgenden Schwangerschaften war eine Unterbrechung derselben nicht nothwendig. Erbrechen war zwar stärker, als normal, jedoch nicht so stark, wie in der zweiten Gravidität. Bemerkenswerth ist noch, dass bei den Geburten bei jeder Wehe sehr starke Übelkeiten und Erbrechen auftraten.

Der zweite Fall betraf eine 43jährige XIpara. Letzte Regel Anfang Oktober 1887. Mitte November desselben Jahres sah ich Pat. zuerst. Der Uterus lag nor-

mal, war abnorm groß. Endometritis bestand nicht. Ich verordnete zunächst innere Mittel. Nach Weihnachten kam Pat. zur Beobachtung wieder nach Berlin. Dieselbe war in den sechs Wochen sehr abgemagert. Es war schrecklich, die Ärmste leiden zu sehen. Das Erbrechen und der Speichelfluss hatte so zugenommen, dass die Pat. dauernd über einem Becken lag zur Aufnahme des fortwährend aus dem Munde fließenden Speichels. Der Kollege, welcher mir die Dame zugeschickt hatte, hatte Gelegenheit, dieselbe noch öfter als ich zu beobachten. Dieselbe kam immer mehr und mehr herunter. Es trat Urinverminderung, jedoch keine Temperatursteigerung auf. — Auch in diesem Fall erfolgte eine sofortige Besserung nach theilweiser Ablösung des Eies mit der Sonde. Da sich nach 4 Tagen keine Wehen einstellten, so legte ich einen Laminariastift ein und entfernte am nächsten Tage das Ei. Genesung erfolgt langsam. Ich muss bemerken, dass die Pat. eine Wanderniere hatte und, wie sich später herausstellte, auch noch an einem Carcinom des Pankreas litt.

Im dritten Fall handelte es sich um eine 24 Jahre alte Dame, welche $^3/_4$ Jahr verheirathet war. Kurz vor oder nach ihrer Verheirathung war sie wegen Endometritis von einem anderen Kollegen ausgekratzt worden. Der Katarrh soll jedoch nicht ganz verschwunden gewesen sein. Sie wurde also gravida bei noch bestehender Endometritis, wie dies auch später aus der stark gewucherten Decidua zu erkennen war. Ich wurde von dem behandelnden Kollegen im dritten Monat der Schwangerschaft hinzugerufen. Innere Medikamente, eben so wie Cervixdehnungen waren erfolglos. Im vierten Monat löste ich das Ei mit der Sonde ab. Auch hier trat wieder sofort Besserung ein. Erst nach mehrmaligen Ablösungsversuchen des Eies mittels der Sonde erfolgte ca. 12 Tage später die Ausstoßung des Eies. Rekonvalescenz erfolgte langsam.

Was die ätiologischen Momente für das Auftreten des unstillbaren Erbrechens betrifft, so handelte es sich bei mir zweimal um Endometritis, das dritte Mal war als Komplikation die Wanderniere und die Pankreaserkrankung zu erwähnen. Ich halte es für recht wichtig, auf derartige Nebenerkrankungen zu achten. Sie werden uns zwar nicht abhalten, wenn die Pat. durch dieses Leiden an den Rand des Grabes gebracht ist, von der Unterbrechung der Gravidität Abstand zu nehmen; sie scheinen mir aber doch von Wichtigkeit für die Ätiologie dieser Erkrankung. — Auch in meinen drei Fällen war der Uterus abnorm vergrößert, so dass ich zweimal an Gemelli dachte.

Interessant ist ferner die fast sofortige Besserung der Pat. nach theilweiser Ablösung des Eies mittels der Sonde. Das Aufhören der quälenden Erscheinungen ist wohl dadurch zu erklären, dass durch diesen Eingriff das Weiterwachsen des Eies verhindert ist und in Folge dessen die Reflexreize aufhören. Sollte in weiteren Fällen die Besserung nach dem Ablösen des Eies mittels der Sonde festgestellt werden, so möchte ich bei dieser Erkrankung wohl diese Methode der Unterbrechung der Gravidität empfehlen, welche im Vergleich zur Einlegung eines Laminariastiftes nicht nur viel ungefährlicher ist, sondern auch den Vortheil hat, dass sich die Pat. vor dem Eintritt des Aborts, der doch immer mit Blutverlust verbunden ist, etwas erholen kann.

Herr Glöckner berichtet über einen Fall von Hyperemesis gravidarum, welcher im vergangenen Semester auf der geburtshilflichen Abtheilung zur Beobachtung kam. Es handelte sich um eine 31jährige IIpara. Erste Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett waren normal verlaufen. Am 20. September 1889 hatte die Frau ihre letzte Regel, seit dem 20. Oktober klagte Pat. über Kopfschmerzen, Übelkeit und Leibschmerzen. Vom 10. November an stellte sich täglich häufiges Erbrechen ein. Am 19. November kam die Frau in die Klinik. Sie bietet ein elendes, anämisches Aussehen dar, das Abdomen ist etwas eingezogen und auf Druck diffus empfindlich. Ein pathologischer Befund von Seiten der Brust-, Bauch- und Harnorgane ist nicht zu konstatiren.

Der Uterus ist normal gelegen, etwas vergrößert, die Portio succulent.

Die Pat. bricht fast die ganze ihr dargebotene Nahrung wieder aus. Die Reaktion des Erbrochenen ist sauer.

Die eingeleitete Behandlung bestand in der Darreichung von Kalium bromatum, welches in allmählich steigender und vom 6. Tage an wieder abnehmender Dosis 9 Tage hindurch per Klysma verabfolgt wurde. Bereits am 5. Tage nach der eingeleiteten Behandlung hörte das Erbrechen auf, auch die Kopfschmerzen verschwanden, das Allgemeinbefinden hob sich unter täglicher Zunahme des Appetites sichtlich. Das Erbrechen ist, obwohl vom 30. November an jegliche Medikation ausgesetzt wurde, nicht wiedergekehrt.

Am 27. Februar hat die Frau abortirt, die Frucht soll dem 5. Monat entsprochen haben. Das Befinden der Pat. ist seit der Entlassung aus der Klinik ein sehr gutes gewesen, die Frau sieht vollkommen wohl aus und hat keinerlei Klagen vorzubringen.

Herr Bokelmann stimmt Herrn Bröse dahin bei, dass man im Allgemeinen bei unstillbarem Erbrechen nicht zu lange mit der Einleitung des künstlichen Abortes warten solle, und er bezweifelt auch nicht, dass in dem einen von Herrn Bröse erwähnten, von ihm mit beobachteten Falle der künstliche Abort direkt lebensrettend wirkte. Andererseits sieht sich indessen B. genöthigt, die Lehrbücher und speciell das Schröder'sche Lehrbuch gegen die ihnen von Herrn Bröse gemachten Vorwürfe in Schutz zu nehmen. Es ist absolut unmöglich, bei einem Krankheitsbild, dessen Ätiologie dunkel, dessen Verlauf und Ausgänge völlig unberechenbare sind, allgemein gültige präcise Indikationen aufzustellen. Die Lehrbücher sind gewiss im Recht, wenn sie sich hier unbestimmt fassen und es dem Takte des behandelnden Arztes überlassen, je nach der Individualität des einzelnen Falles früher oder später den künstlichen Abort, der doch im Allgemeinen Ultimum refugium bleiben soll, in Erwägung zu ziehen.

Herr Odebrecht war einmal in der Lage, wegen unstillbaren Erbrechens den künstlichen Abort einleiten zu müssen. Die Pat., eine 18jährige Erstgeschwängerte, war im Anfange des 4. Monats und erbrach seit 6—8 Wochen, in letzter Zeit etwa 50mal am Tage. Einlegung von Laminariastiften. Ausdehnung des Kanals durch dieselben übte keinen Einfluss auf die Hyperemesis aus, die letztere schwand sofort nach Ausstoßung des Eies. Pat. befand sich dann zunächst ganz wohl, erholte sich aber erst in Jahren, der Uterus atrophirte und die Menstruation kehrte nicht wieder. Sie ist demnach steril geworden und hat einen dauernden Schaden an ihrer Gesundheit erlitten. Wäre der Abort früher eingeleitet worden, so hätte sich Alles dieses vielleicht vermeiden lassen. Redner ist der Meinung, dass man nicht bis zum Äußersten warten soll.

In ätiologischer Hinsicht ist derselbe geneigt, der Endometritis einen großen Einfluss zuzuschreiben. Neurosen beim Weibe sind oft abhängig von Anomalien der Generationsorgane, ganz besonders oft von Endometritiden. Es ist sehr auffällig, dass von 3 Fällen des Herrn Schülein in zweien die Hyperemesis schon nachließ, bevor der Abort zu Ende war. Derselbe war eingeleitet worden durch Ablösung des Eies von der Uteruswand mit der Sonde; also durch Manipuliren am Endometrium, nicht durch Dehnung des Kanals. Dieser Umstand spricht sehr dafür, den Reiz, von dem die Neurose ausgeht, in den Nervenendigungen des Endometriums zu suchen, also eine Endometritis decidua anzunehmen.

Herr Olshausen hebt die Schwierigkeiten hervor, welche sich einer strengen Stellung der Indikation zur Einleitung des Abortus wegen Hyperemesis entgegenstellen. Die Individualität des Falles wird jedes Mal gewürdigt werden. Unter den Ursachen ist ja die übermäßige Ausdehnung des Uterus sehr häufig beobachtet worden. Herr O. will die Endometritis keinenfalls als ausschließliche Ursache ansehen. Unter den empfohlenen Mitteln hat Herr O., wie auch Herr Glöckner erwähnt hat, besonders Gutes vom Bromkalium per Klysma gesehen.

Veit: Die Indikationsstellung zur Einleitung des Abortus wegen Hyperemesis ist nicht allein aus den von Herrn Bröse angeführten Gründen schwierig, sondern desshalb, weil das objektive Zeichen der Gefahr so schwer festzustellen ist. Man muss immer im Auge behalten, dass manche Frauen den lebhaften Wunsch haben, ihre Schwangerschaft zu unterbrechen und dass diese ganz genau wissen,

dass unstillbares Erbrechen eine Anzeige für uns zur Unterbrechung darstellt. Da es nun kein inneres Abortivum giebt, nehmen sie Emetica. Natürlich giebt es aber wirklich perniciöse Fälle von unstillbarem Erbrechen und hier fand ich bisher zwei objektive Zeichen regelmäßig vorhanden, einmal die Spannung des Uterus, zweitens die Abnahme des Körpergewichtes. Ob erstere nur durch Endometritis bedingt wird oder noch andere Ursache hat, lasse ich dahingestellt; ich halte es für die Pflicht, die ausgestoßenen Eier bei schwerer Hyperemesis genau zu untersuchen. Hydramnion, Zwillinge, Blasenmole etc. können auch die Ursache der Spannung sein. Dass wirklich ein Zusammenhang zwischen Erbrechen und dem Uterus besteht, finde ich bestätigt durch die Thatsache, dass das so häufige morgendliche, wie überhaupt jedes stärkere Erbrechen meist im Beginn des vierten Monats aufhört; zu dieser Zeit gehen im Uterus wichtige Erscheinungen vor, welche dem Verhalten des Eies zum Uterus einen anderen Charakter aufprägen. Zuerst erfüllt das Ei den Uterus nicht, sondern die wachsende Decidua, die hyperplasirende Uterusmuskulatur ist mit an der Vergrößerung des Uterus Schuld; um die Zeit des Endes des 3. Monats füllt das Ei immer mehr die Uterushöhle aus, die Schleimhaut des Uterus beginnt von dieser Zeit ab sich zurückzubilden, die Höhle der Reflexa verschwindet, die Muskelfasern hypertrophiren nunmehr. Welche von diesen Erscheinungen die Hauptrolle spielt, lasse ich noch dahingestellt; dass hier wichtige Veränderungen vor sich gehen, welche eine Umwandlung reflektorischer Vorgänge bewirken können, ist wohl klar.

Die Absicht der Geburtshelfer muss also dahin gerichtet bleiben, die anatomische Ursache des übermäßigen Reflexes zu erforschen, eher kann eine strenge Indikation zum künstlichen Abortus in unseren Lehrbüchern nicht gegeben werden. Dass mir vorläufig die durch Wägung festzustellende Körperabnahme am bedeutungsvollsten scheint, habe ich schon bemerkt.

Unter den therapeutischen Mitteln gegen nicht perniciöses Erbrechen verschwindet mit Recht immer mehr das sogenannte Copeman'sche Verfahren, ich habe nicht selten bei weit klaffendem Muttermund der Mehrgeschwängerten dieses Verfahren angewendet gesehen, einen wirklichen Erfolg kann ich mir nicht davon versprechen außer einem psychischen.

Herr Geheimrath Mikulicz (Königsberg i/Pr.) als Gast schildert ausführlich das Verfahren, welches er in dem von Herrn Flaischlen erwähnten Falle zur Befestigung der Wanderniere angewendet hat. Derselbe wird dasselbe ausführlich im Protokoll veröffentlichen.

Herr Dr. Bunge frägt bei Herrn Geheimrath Olshausen an, ob in dem von ihm erwähnten Falle das Erbrechen einer Gravida aufhörte im unmittelbaren Anschluss an die Übersiedelung der Pat. von Danzig nach Halle. Dr. B. hat in mehreren Fällen das Erbrechen bei Schwangeren in Folge der vorgeschlagenen Luftveränderung sofort sistiren sehen, nachdem die Pat. Berlin verlassen hatten. Im ersten Falle war Dr. B. bei sehr häufigem Vomitus sogar zuerst gegen die projektirte Sommerreise eingenommen.

Herr Olshausen bemerkt, dass in dem erwähnten Falle der Luftwechsel nicht mit Sicherheit von Einfluss war, während er sonst allerdings vom Umzug Ähnliches gesehen hat. Er lässt es dahingestellt, ob hierbei psychische Momente mitgewirkt haben.

Herr Jaquet: Als Vorsitzender trete ich zuletzt in die Diskussion ein. Ich will Sie bei der vorgerückten Stunde und aus Rücksicht auf die uns von Herrn Professor Trendelenburg in Aussicht gestellte Demonstration nicht lange aufhalten, sondern Ihnen nur kurz den Standpunkt kennzeichnen, welchen ich der von Herrn Flaischlen aufgeworfenen Frage gegenüber einnehme. Ich habe mich nun niemals veranlasst gesehen, bei Hyperemesis gravidarum den künstlichen Abort oder die Frühgeburt einzuleiten, obgleich ich eine große Anzahl von Fällen dieser Art zu behandeln gehabt habe und 8mal lediglich zur Unterbrechung der Schwangerschaft hinzugezogen worden bin. In dem einen Falle erfolgte die Frühgeburt spontan. Pat. gebar im 6. Monat der Gravidität Gemelli; das Erbrechen hörte

aber nicht auf, weil ein Ulcus ventriculi dasselbe veranlasste, das nachher zweckentsprechend behandelt wurde. Ich habe mich immer nur auf die Behandlung der Komplikationen, welche das Erbrechen hervorriefen, beschränkt und bin damit immer ausgekommen, obwohl einige meiner Fälle zu den allerschwersten gerechnet werden müssen. So besinne ich mich, dass die eine Kranke im Laufe von 3 Monaten 34 Pfund an Körpergewicht abgenommen hatte. Pat. trug aus und hat nachher ihr Kind selbst genährt. Noch ein Bedenken möchte ich denjenigen Herren, welche unbedingt aktiv vorgehen wollen, entgegenhalten: da sich das Erbrechen bei wiederkehrender Schwangerschaft wiederholt, soll ich jedes Mal den Abort einleiten? Ich habe 3 solcher Fälle erlebt, in denen bei allen 3 ersten Schwangerschaften sogenanntes unstillbares Erbrechen vorlag. Ich habe den Abort nicht eingeleitet und die Kranken waren mir dankbar dafür, dass ich ihnen ihr Kindchen erhalten hatte.

Herr Flaischlen giebt seiner Genugthuung Ausdruck darüber, dass diejenigen Herren, die sich an der Diskussion betheiligt haben, im Allgemeinen den Anschauungen zustimmen, die F. in seinem Vortrage aus einander gesetzt hat. F. spricht ferner seine Freude aus, dass Herr Geheimrath Mikulicz in der Gesellschaft anwesend ist und bittet denselben, einiges Nähere über die Operation der doppelseitigen Wanderniere mitzutheilen, welche er an der an Hyperemesis später verstorbenen Pat. ausgeführt hatte.

Zu den Ausführungen des Herrn Prof. Mikulicz bemerkt F., dass er bedauere, zu der Zeit, wo die Pat. obducirt wurde, von dem eingeschlagenen Verfahren M.'s nicht unterrichtet gewesen zu sein. Er könne nur wiederholen, dass beide Nieren an normaler Stelle sich befunden und nur geringe Verschieblichkeit gezeigt hätten. Auch in den letzten Tagen hatte die Kranke kein Albumen im Harn.

Zu den Ausführungen des Herrn Jaquet bemerkt F., dass die Fälle, die derselbe anführte, vollkommen im Einklang ständen mit dem, was F. vorgetragen hat. F. hat ausdrücklich betont, dass die schweren Fälle, in denen das bedrohte Leben der Kranken einen Eingriff nöthig mache, zum Glück sehr selten seien. Dass diese Fälle aber in der That vorkommen können, kann unmöglich weggeleugnet werden; es wird dies unwiderleglich bewiesen durch die Mittheilungen in der Litteratur und durch die 5 in der Arbeit von F. mitgetheilten Fälle, von denen 3 letal endeten. Die Fälle von Jaquet gehören alle nicht in die Kategorie der von F. mitgetheilten, sondern zu denjenigen, welche die überwiegende Mehrzahl bildeten, in welchen es nicht zu den schwersten Erscheinungen kommt, in denen die bekannten therapeutischen Maßnahmen zum Ziele führten.

V. Herr Prof. Trendelenburg (als Gast) demonstrirt einen neuen Operationstisch. Die großen Vorzüge der Beckenhochlagerung für bestimmte Operation haben Herrn T. veranlasst, einen Tisch von Eschbaum konstruiren zu lassen, der die bisherigen ziemlich mangelhaften Hilfsmittel ersetzen soll. Ohne viel Riemen gelingt es durch kleine zu polsternde Schulterschilder, den Kranken zu fixiren, der Tisch kann ohne Mühe für verschiedene Höhen eingerichtet werden, indem eine Schraube ihn im Ganzen hebt oder senkt. Die Senkung des Oberkörpers kann gleichfalls sehr leicht durch Lockerung einer weiteren Schraube bewirkt und in jedem gewünschten Grade stabil gemacht werden. Auch die Zurückführung in die horizontale Lage, die etwa bei Unbequemlichkeiten der Narkose nothwendig werden kann, geschieht durch einen einzigen Griff. Die unteren Extremitäten können abducirt und in den verschiedensten Stellungen fixirt gehalten werden. Bei der Hochlagerung des Beckens fällt die Sitzklappe unter dem Steiß von selbst herunter, wodurch der Damm zugänglich wird. Der Tisch selbst kann nach allen Seiten gedreht werden, so dass von den verschiedensten Seiten her die Beleuchtung möglich ist.

Herr T. demonstrirt die Vorzüge dieses Tisches, nachdem eine Pat. auf ihm befestigt ist.

Beifolgende Abbildung zeigt die Stellung des Tisches bei starker Senkung des Oberkörpers.

Becken-Hochlagerung nach Trendelenburg. Sectio alta. Streckung und Beugung der Wirbelsäule beliebig vorzunehmen. Stativ dreht sich um die vertikale Achse.

5) Aus den Sitzungsberichten der Pariser Académie de Médecine.

(L'abeille méd 1889. No. 7, 13, 20, 23, 28, 30, 34, 37, 40, 43, 46, 47.)

Sitzung am 7. Februar 1889.

Térillon berichtet über eine Nephrorraphie bei einer 42jährigen Frau, welche an einer stark vergrößerten, sehr schmerzhaften, linksseitigen Wanderniere litt. Seit 6 Monaten war Pat. bettlägerig. Nach der Operation waren ihre Beschwerden gehoben, die Niere verkleinerte sich allmählich.

T. fasst mit 6 Nähten nicht nur die Capsula adiposa und fibrosa, sondern auch noch etwas Nierengewebe. Er empfiehlt dies Verfahren, da es Recidiven vorbeugen soll.

Sitzung am 12. März 1889.

Pinard theilt 2 Beobachtungen von bis zum normalen Ende ausgetragenen Extra-uterin-Schwangerschaften mit. Während die eine sich durch Ausstoßung einer Decidua im 3. Monat, durch peritonitische Erscheinungen charakterisirte, verlief die andere symptomlos, wurde daher für eine uterine Gravidität gehalten. Bei dem ersteren Fall war der Uterus durch den Fruchtsack nach hinten und oben gedrängt, ein seltenes Vorkommnis. Die Blase bildete die untere Wand des Fruchtsackes. Auffallend war, dass nach dem Fruchttod die Spannung des Eies zu-, anstatt wie gewöhnlich abnahm.

In beiden Fällen wurde die Placenta zurückgelassen, die Antisepsis mit wässriger, suturirter Naphthollösung angestrebt und völlig erreicht. Die Placenta löste sich zwischen dem 12. und 16. Tag.

Sitzung am 9. April 1889.

Budin bespricht die Pathogenie gewisser Mammaabscesse. Er weist darauf hin, dass nach neueren Untersuchungen Mastitiden sehr oft von Rhagaden der Warzen ausgehen. Staphylococcus albus und aureus inficiren zuerst diese, dringen dann durch die Milchkanälchen in das Innere der Brust. Bei 8 an beginnender Mastitis leidenden Frauen konnte B. durch Druck mit Eiter gemischte Milch entleeren. Durch fortgesetztes, tägliches Ausdrücken gelang es die Mastitis zu heilen.

In anderen Fällen bilden sich Mammaabscesse, ohne dass Rhagaden nachzuweisen wären.

B. räth bei beginnender Mastitis das Kind abzusetzen und, wie schon erwähnt, durch wiederholtes Ausdrücken den Eiter aus der Brust zu entfernen. — Leidet ein Kind an Athmen, Blennorrhoe, Geschwüren im Munde etc., so ist Sorge zu tragen, dass die Warze der Mutter nicht mit dem Eiter in Berührung kommt.

Sitzung am 30. April 1889.

Boeckel empfiehlt bei Mammaabscessen breit zu incidiren und mit dem Messer alle Partien, welche zu vereitern beginnen, zu entfernen, bis nur gesundes Gewebe zurückbleibt. Dann wird die desinficirte Wunde ohne Drainage fest vereinigt. In einem so behandelten Fall war bereits nach 8 Tagen Heilung eingetreten.

Sitzung am 28. Mai 1889.

Terrillon berichtet über 50 Salpingotomien, von denen nur 2 starben. Bei beiden handelte es sich um einen Pyosalpinx, der während der Operation seinen Inhalt in die Bauchhöhle entleerte. In 24 Fällen war die Salpingitis eine einfach entzündliche, durch Oophoritis komplicirt; in 17 war der Tubeninhalt ein rein eitriger oder schleimig-eitriger; 4mal war die Salpingitis eine tuberkulöse. Eine Hämatosalpinx fand sich nur bei 5 Operirten.

In 32 Fällen wurden beide Tuben entfernt, in 12 nur eine da die der anderen sich als nicht exstirpirbar erwies; 6mal wurde eine Tube eröffnet und drainirt. Von den 50 Operirten wurden 34 völlig geheilt; 10 nur gebessert. Bei 2 Pat. bestehen nahezu periodische schmerzhafte Blutungen trotz Abtragung der beiderseitigen Adnexe. Bei 3 Kranken hat der Eingriff keinen Erfolg gehabt.

Sitzung am 11. Juni 1889.

Dumontpallier empfiehlt zur Behandlung der chronischen Metritis das Einlegen von Chlorzinkstiften in die Uterushöhle nach sorgfältiger Desinfektion der Scheide. Durch einen Jodoformgazetampon wird der Stift fixirt. Meist treten mehr oder minder heftige wehenartige Schmerzen auf, welche durch subkutane Morphiuminjektionen bekämpft werden. Der gebildete Schorf wird zwischen dem 4. und 13. Tag ausgestoßen. D. bediente sich dieser Therapie in 120 Fällen. Das Endresultat war stets ein zufriedenstellendes. In 4 Fällen kam es zu perimetritischen Reizungserscheinungen, welche aber bald zurückgingen.

Sitzung am 2. Juli 1889.

Budin theilt den Bericht einer zur Beantwortung der Frage, ob Hebammen das Verschreiben von Desinficientien gestattet sein soll, eingesetzten Kommission mit. Dieselbe hat sich gegen die Erlaubnis, koncentrirte Lösungen überhaupt, Sublimat insbesondere zu verschreiben, ausgesprochen; nur 1—5%ige Bor- und Karbollösungen sollen gestattet sein.

Sitzung am 23. Juli 1889.

Im Anschluss an den Vortrag Dumontpallier's über Chlorzinkbehandlung der chronischen Metritis berichtet Polaillon über seine diesbezüglichen Erfahrungen. Auch er hat mit derselben sehr günstige Resultate erzielt. Er benutzt nicht Chlorzinkstifte, sondern Streifen von verschiedener Stärke, welche er für den einzelnen Fall schneidet. Das Verfahren hat sich ihm auch bei Blutungen in Folge von Uterusmyomen bewährt. Als Kontraindikationen bezeichnet er akute Metritis und das Bestehen einer Oophoritis bezw. Salpingitis.

Tarnier stellt eine Frau mit einer Extra-uterin-Schwangerschaft vor, welche aus dem Jahr 1856 stammt und sich bis zum normalen Ende entwickelt hatte. P. Dubois hatte sich damals nicht zur Laparotomie entschließen können. Die Kindsbewegungen hatten aufgehört; die zeitweis sehr heftigen Schmerzen hatten nachgelassen, Pat. sich erholt. Jetzt fühlt man einen unter dem Nabel gelegenen Tumor, welcher dem Kopf und Rumpf des Fötus entsprechend aus zwei Theilen besteht.

Sitzung am 13. August 1889.

Doyen (Reims) berichtet über 10 Fälle von Nephrektomie, Nephrolithotomie und Nephrorrhaphie. Er macht einen Vertikalschnitt 8 cm von der Wirbelsäule, durchtrennt dann die Muskulatur durch eine quere, in der Mitte des ersten Schnittes beginnende Incision. In schweren Fällen löst er den Quadratus vom Hüftbeinkamm ab. — 3 Fälle von Nephrektomie starben; darunter 2 von alter Nierentuberkulose, bei welchen die andere Niere amyloid entartet war. Bei allen 3 bot die Operation große Schwierigkeiten, da die vereiterte Niere sehr umfangreich, ihre Verwachsungen sehr ausgedehnte und feste waren. In den anderen Fällen ließ sich das Organ leicht ausschälen. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall.

Bei einer Kranken handelte es sich um Entfernung einer tuberkulösen Niere und des oberen Drittels des bereits erkrankten Ureters. Pat. ist nach 2 Jahren noch gesund. In einem anderen Fall fanden sich in der fibrös entarteten Niere an 100 Steine; ein in der Tiefe des Ureters sitzender musste zertrümmert werden.

Für Fälle von Nephrolithiasis empfiehlt D. die Nephrotomie; bei Nierentuberkulose, wenn die erkrankte Niere sehr groß und verwachsen ist, dessgleichen mit nachfolgender Auslöffelung der käsigen Herde.

Bei einer Kranken hatte sich nach einer Ovariotomie eine Ureter-Hautfistel gebildet, wesswegen die betreffende Niere exstirpirt wurde.

Sitzung am 27. August 1889.

Polaillon theilt mit, dass er am Morgen eine Ovariotomie gemacht, nachdem bei einer Pat. 3 Tage zuvor ein großes Kystom in Folge starker, körperlicher Anstrengung geplatzt und peritonitische Erscheinungen aufgetreten waren. In der That fand sich bei der Laparotomie das Peritoneum stark geröthet und schon einige frische Adhäsionen.

Sitzung am 10. September 1889.

Richot berichtet über einen Fall von seit Jahren bestehender chronischer Metritis, welchen er durch Curettement des Endometrium und Keilexcision der Portio zur Heilung brachte.

Sitzung am 24. September 1889.

Guéniot über eine Entbindung bei einer Osteomalacischen. Dieselbe hatte seit 2 Tagen gekreißt. Es waren bereits verschiedene, aber vergebliche Entbindungsversuche gemacht worden. Der Fötus war abgestorben; Nabelschnur lag vor. Die Beckenknochen erwiesen sich als nachgiebig. Mit Rücksicht hierauf und auf den Tod der Frucht wurde von der Sectio caesarea Abstand genommen und die

Entbindung mittels des Tarnier'schen Basiotrib beendet. Zwei Tage post part. starb die Wöchnerin. **Graefe** (Halle a/S.).

---

6) **Felsenreich** (Wien). Dystokie durch eine parametrane und peritoneale Exsudatschwiele.

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 22.)

Wie häufig Parametritis beobachtet wird, so kommen doch davon abhängige ernste Geburtsstörungen selten zur allgemeinen Kenntnis; um so interessanter und lehrreicher ist der von F. mitgetheilte Fall, den Ref. auch desshalb etwas ausführlicher hier mittheilen will:

Eine 28jährige Frau gebar mit 22 Jahren spontan; im Wochenbett trat eine durch Infektion bedingte linksseitige Parametritis und circumscripte Peritonitis auf, welche Krankheiten, Anfangs vernachlässigt, die Pat. zwei Jahre ins Bett bannten. Während dieser Zeit vereiterte das mannskopfgroße Exsudat und führte zur Perforation durch das Rectum. Nach monatelangem Bädergebrauch und fachgemäßer, sorgfältiger Behandlung wurde der Process zum Stillstand gebracht, wobei das in seiner Konsistenz gipsähnliche Exsudat handbreit über die Symphyse in der Mittellinie reichte und sich von hier im Bogen links bis ca. 6 cm unter den Rippenbogen, rechts bis an die Spin. ant. erhob. Der hochstehende Uterus war ringsum in Exsudat eingebettet. — Bei diesem Status wurde im 4. Jahre der Krankheit ein vorsichtiger Versuch mit nur an den Bauchdecken geübter Massage unternommen, welche von Erfolg begleitet war. Das Exsudat schwand sichtlich und die Behandlung wurde in dieser Weise durch 9 Monate fortgesetzt, trotzdem in den letzten Monaten die Menstruation cessirt und, wie sich dann zeigte, Gravidität eingestellt hatte. Ende derselben ging nach 9stündiger Wehenthätigkeit missfarbiges Fruchtwasser ab und fiel die pulslose Nabelschnur vor. Die jetzt vorgenommene Untersuchung ergab: Frucht in erster Schädellage, wobei nur ein Theil des Schädels oberhalb des Beckeneingang eingestellt war; das hochstehende Collum nach rechts abgewichen und bei einer Länge von 2 cm für fast 3 Finger offen; die linke Wand war starr und ging in einen faustgroßen schwieligen Tumor, der das untere linke Uterussegment an der Linea termin. anheftete und so eine nicht korrigirbare Schieflagerung der Gebärmutter bewirkte, über. Es war also außer der Texturveränderung des Collums eine Raumbeschränkung der linken Beckenhälfte, entsprechend dem Beckeneingang vorhanden. Da nach weiterer 2stündiger heftiger Wehenthätigkeit die Verhältnisse unverändert blieben schritt F. zur Kraniotomie, da Wendung zu große Gefahren in sich schloss (bei lebender Frucht wäre die relative Indikation für Sectio caes. gegeben gewesen). Die Extraktion der über 4 kg schweren Frucht gelang, wenn auch müh- und langsam, ohne Laceration des Cervix; die Placentarperiode verlief normal. Puerperium fieberlos. Der in Folge der Involution erhöhte Stoffwechsel hatte gute Wirkung auf die restirenden Exsudatschwielen: nach 6 Wochen verließ Pat. das Bett; nach 4 Monaten konnte sie schon eine Stunde kontinuirlich gehen, eine Leistung, welche sie seit der ersten Geburt nicht mehr auszuführen vermochte; nach weiteren 4 Monaten vermag die Dame ihren Pflichten als Hausfrau und Mutter vollkommen nachzukommen, dabei steht der normal große Uterus in leichtem Grade nach links, ist aber, mit Ausnahme der seitlichen Exkursionen, frei beweglich. Die rechten Adnexa scheinbar normal, die linken ersetzt durch eine 3 Finger breite Schwarte.

Für die Behandlung derartiger Komplikation mit Gravidität stellt F. folgende Grundsätze auf:

Lässt der das Becken verengende Exsudattumor $^2/_3$ des Becken zur Entbindung frei, so kann man exspektativ vorgehen und bis zum normalen Termine warten; nimmt der Tumor aber die Hälfte des Becken ein, dann ist frühzeitig der Abort einzuleiten (künstliche Frühgeburt dürfte wegen der gleichzeitigen Gewebsveränderungen [Bindegewebshypertrophie] des Collums und dessen geringer Nachgiebigkeit geringe Aussichten bieten); am Ende der Gravidität bliebe nur der Kaiserschnitt, ob Porro oder konservativ müssten die Lage der Exsudatreste und des Uterus, die

Möglichkeit, die Naht ohne Zerrung anzulegen und der Kräftezustand der Frau entscheiden. **Torggler** (Innsbruck).

7) **Heinricius** (Helsingfors). Über die Bedeutung der Lungenvagi bei Neugebornen.

(Separatabdruck aus der Zeitschrift für Biologie.)

H. untersuchte an 5 neugebornen Hündchen die Veränderungen der Respiration bei Reizung und bei Unterbindung der Nn. Vagi mit oder ohne nachfolgende Ausschaltung der oberen Gehirnbahnen. Das Resultat seiner Experimente ist, dass schon vor der Geburt alle nervösen Bahnen für die Regelung der Athmung gangbar sind. Ausschaltung der Verbindung zwischen Athmungscentrum einerseits, Groß- und Mittelhirn andererseits bewirkte, dass die Durchtrennung der Vagi die Athmung viel eingreifender beeinflusst als bei unversehrten Hirnbahnen. Tetanisiren der Vagi bewirkt bei Föten wie bei Erwachsenen Inspirationskrämpfe.

F. Spaeth (Hamburg).

8) **Heinricius** (Helsingfors). Über die Herzvagi bei Föten und Neugeborenen.

(Separatabdruck aus der Zeitschrift für Biologie.)

H. prüfte bei fötalen und neugeborenen Hündchen die Einwirkung des faradischen Stromes auf die Herzvagi und fand, im Gegensatz zu anderen Autoren, dass der gereizte Herzvagus schon bei ausgetragenem Fötus, sogar auch bei erhaltenem Placentarkreislauf, den Herzschlag hemmt, und zwar kommt dem rechten Vagus eine stärkere hemmende Wirkung zu als dem linken; daraus folgert H., dass nicht fehlender Vagustonus verantwortlich zu machen ist für die Pulsabnormität der Neugeborenen. Unzweifelhaft wächst der Vagustonus mit dem Alter. Bei manchen Thieren (Kaninchen) z. B. fehlt er unter normalen Lebensbedingungen, um erst unter abnormer Erregung, z. B. bei Dyspnoe zu entstehen.

Aus all den referirten Arbeiten H.'s erhellt die Übereinstimmung zwischen den beiden lebenswichtigsten Centren, dem der Athmung und des Herzens. Eben so wie die Bedingungen zur Herzhemmung im Fötus vorhanden sind, ohne durch Tonus sich geltend zu machen, so ist auch das Athmungscentrum zur Funktion bereit, noch ehe es in Thätigkeit tritt. Wenn ein Organ aber einmal zu fungiren begonnen hat, bedarf es nur geringer Antriebe, um die Bewegung zu unterhalten.

F. Spaeth (Hamburg).

9) **Auvard** (Paris). Thrombus der vorderen Muttermundslippe.

(Archiv. de tocol. 1888. September.)

IVpara, normale Schwangerschaft, rechtzeitige Geburt; während der Austreibungsperiode tritt die Fruchtblase sehr weit herab, und besteht ziemlich heftige Blutung. Außerdem wird eine wurstförmige, weiche Anschwellung der vorderen Muttermundslippe konstatirt, die langsam an Volum zunimmt und schließlich in der Vulva erscheint, blauroth gefärbt. Dieselbe giebt zu keiner weiteren Geburtsstörung Veranlassung; die Austreibungsperiode verläuft langsam, aber spontan. A. konstatirt erst nach der Entbindung (bis dahin war die Beobachtung von der Hebamme gemacht) die Geschwulst. Letztere nimmt während der ersten 10 Tage p. p. beträchtlich an Größe ab; dann entzieht sich die Wöchnerin weiterer Untersuchung. (Warum diese Geschwulst gerade ein Thrombus gewesen sein soll und nicht eine einfache ödematöse Schwellung einer vielleicht vorher schon etwas deformirten vorderen Muttermundslippe, ist für Ref. aus der Schilderung Verf.s nicht ersichtlich.)

Der Eihautriss befand sich nur 2 cm vom Placentarrande; Blutungen erst bei der Austreibungsperiode. Fruchtblase bestand nur aus Amnios.

Zeiss (Erfurt).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

Herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 21. Sonnabend, den 24. Mai. 1890.

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS'N. JUN 4 1890

Inhalt: I. **O. Küstner**, Eine einfache Methode, auf exakte Weise die Beckenneigung zu messen. — II. **E. Colla**, Nabelschnurbruch mit Lebermissbildung. (Original-Mittheilungen.)

1) **Martin**, Retroflexio. — 2) **Davison**, Antisepsis. — 3) **Heinricius**, Einfluss der Beschfüllung auf die Respiration. — 4) **Koch**, Bluterkrankheit. — 5) **Lamy**, Erbrechen. — 6) **Heinricius**, Zähigkeit des Herzens der Neugeborenen. — 7) Jahrbuch (Philadelphia). 8) **Astosa**, 32 Ovariotomien. — 9) **Holme**, Nachgeburtsperiode. — 10) **Tuxen**, Fibrom als Geburtshindernis. — 11) **Mundé**, Dammplastik. — 12) **Grönlund**, Doppelmissbildung. — 13) **Meinert**, 25 Laparotomien. — 14) **Rowau**, Uterusexstirpation. — 15) **Olivier**, Hydatidenmole. — 16) **Schroeder**, Blutungen in der Schwangerschaft. — 17) **Wright**, Herzfehler als Geburtskomplikation. — 18) **Miller**, Habitueller Abort. — 19) **Sood**, Atresia ani, Kolotomie. — 20) **Dyer**, Kolotomie. — 21) **Bar**, Auskultatorische Erscheinung. — 22) **Berry Hart**, Dritte Geburtsperiode. — 23) **Aleksenko**, Ovariotomie durchs Rectum.

63. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

I. Eine einfache Methode, auf exakte Weise die Beckenneigung zu messen.

Von

Otto Küstner in Dorpat.

Die Methoden, die Beckenneigung an der Lebenden zu messen, entstammen zumeist einer Zeit, in welcher man die geburtshilfliche Bedeutung der Beckenneigung überschätzte. Heut zu Tage beansprucht die Beckenneigung ein Interesse kaum noch vom geburtshilflichen Standpunkte aus, sondern nur vom anthropologischen.

Mit keiner der angegebenen Methoden aber ist bisher die Beckenneigung wirklich gemessen worden; alle bisher ersonnenen Methoden trifft der Vorwurf, dass aus irgend wie gewonnenen Maßen die Beckenneigung erschlossen wurde; und da in den dazu angewandten Schlussfolgerungen zum Theil unbekannte oder inkonstante Größen fungirten, so mussten natürlich alle Methoden falsche Resultate geben. Das gilt nicht zum geringsten von der Methode, bei

welcher von der Neigung der Conjugata externa auf die Neigung der vera geschlossen wird.

Das Studium des anthropologisch höchst interessanten Beckens der Esthin gab mir Veranlassung, eine Methode zu finden, welche dem bisher nicht entsprochenen Postulat, den Winkel, welchen die Conjugata vera mit der Horizontalebene bildet (mathematisch richtiger ausgedrückt, den kleinsten der unzähligen Winkel, welche die Conjugata vera mit der Horizontalebene bildet), zu messen, genügt.

Die Methode ist ohne Weiteres anwendbar bei allen Frauen, welche vor kürzerer oder längerer Zeit geboren haben, gelingt aber auch mitunter bei Nulliparen.

Schon seit Jahrzehnten ist bekannt, dass man die Conjugata vera bei Frauen mit nachgiebigen Bauchdecken von außen her durch diese durchmessen kann. (Vgl. Credé, klinische Vorträge über Geburtshilfe. Berlin 1854, p. 623.) Das heißt, man kann bei solchen Frauen die Bauchdecken so tief eindrücken, dass man das Promontorium tasten kann, sobald man sie auf harter Unterlage in die geeignete Lage bringt, sobald man in Rückenlage den Oberkörper etwas erhöht und die Schenkel stark flektiren lässt. Führt man nun, indem man so das Promontorium tastet, unter die tastende Hand ein schmales, langes, aus starrem Metall gearbeitetes Lineal und drückt mit dem Handballen derselben Hand, deren Fingerspitzen das Promontorium tasten, das Lineal auf die Symphyse auf, so zeigt dieses Lineal die wirkliche Beckenneigung an. Diese Neigung ist vermittels eines Pendelmaßes, welches man auf den über die Symphyse überstehenden Theil des Lineals aufsetzt, zu messen.

Diese direkte Messung der Beckenneigung ist aber ausschließlich in der beschriebenen geeigneten Rückenlage zu messen. Im Stehen, besonders im bequemen Stehen, wäre es unmöglich, die Bauchdecken gestatten dabei niemals ein Eindrücken der Hand bis auf das Promontorium.

In derselben Rückenlage nun, in welcher man so die Neigung gemessen hat, misst man unmittelbar hinterher vermittels des Schultzeschen Beckenbrettes (dieses wie das erwähnte Pendelmaß sind beschrieben in Schultze, Pathologie und Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter, Berlin 1881, p. 6), des ausgekehlten Brettes, welches auf beide Spinae ilium anteriores superiores und auf die Symphyse aufgelegt wird, die Neigung der durch diese drei Punkte charakterisirten Ebene, der Pubospinalebene.

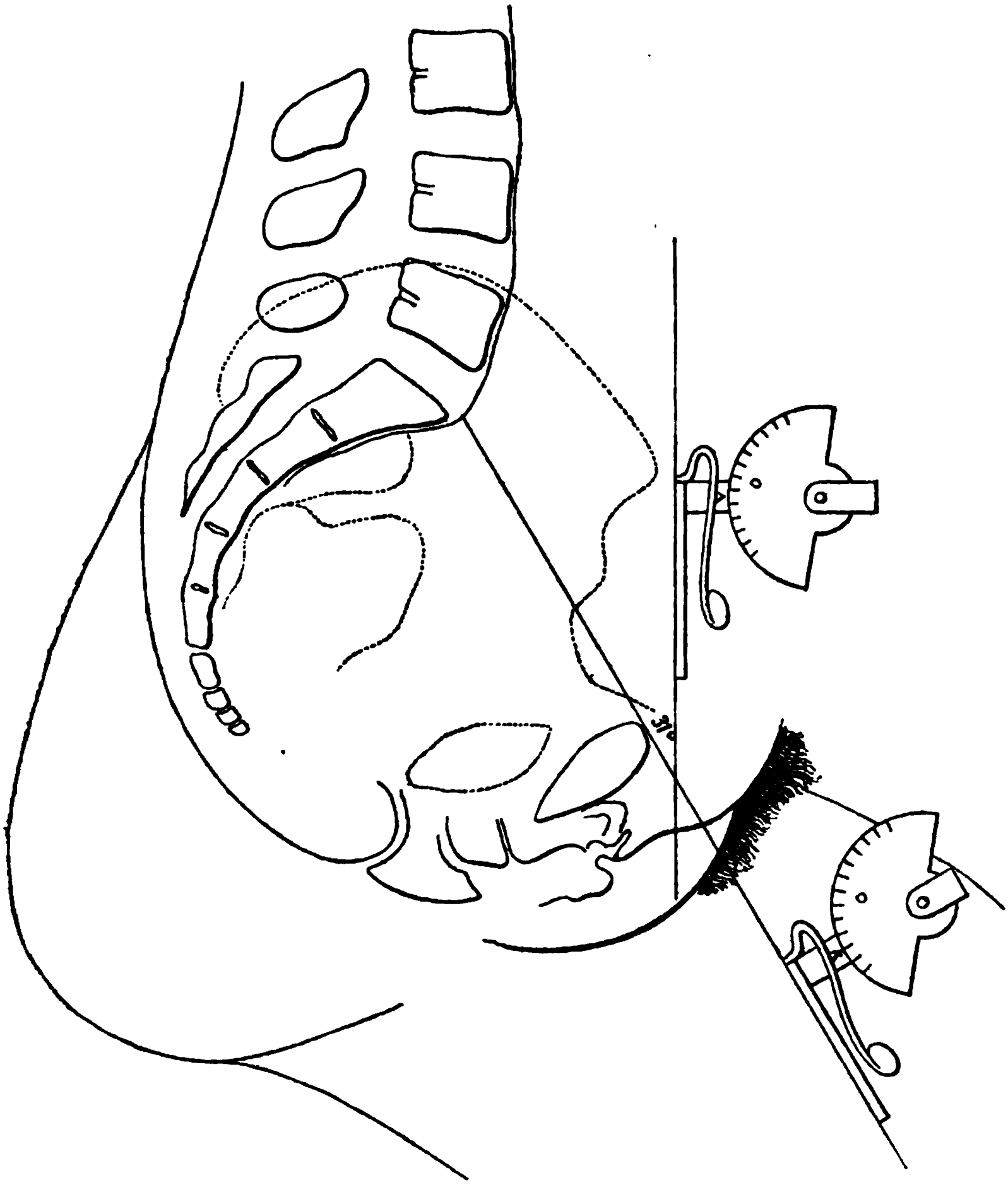
Diese Ebene ist nun aber auch an der stehenden Person und zwar in jeder Stellung zu messen.

Da wir nun in der Rückenlage die Neigung der Conjugata vera und der Pubospinalebene maßen, mithin auch den (kleinsten) Winkel kennen, den die Conjugata mit der Pubospinalebene bildet, so brauchen wir diesen Winkel nur von dem Neigungswinkel der Pubospinalebene, welchen wir an der Stehenden fanden, abzuziehen oder

dazu zu addiren, und wir haben die wirkliche Neigung der Conjugata vera, die Beckenneigung der stehenden Person.

Ein kurzes Beispiel ist vielleicht nicht ganz überflüssig.

Bei einer in der geschilderten Rückenlage befindlichen Frau messen wir die Neigung der Conjugata vera auf 39° kopfwärts. Die Pubospinalebene in derselben Lage wird auf 8° kopfwärts geneigt gefunden. Folglich beträgt der (kleinste) Winkel zwischen Conjugata



und Pubospinalebene $39° - 8° = 31°$. Jetzt wird die Frau auf ihre Beine gestellt, sie mag z. B. mit mäßig gespreizten Beinen bei parallelen Fußachsen in bequemer Haltung stehen. Das Beckenbrett wird angelegt und wir messen die Neigung der Pubospinalebene, welche dieser Stellung entspricht, auf 85° nach hinten zu. Folglich entspricht dieser Stellung eine Neigung der Conjugata vera gegen die Horizontale von $85° - 31° = 54°$.

Um den Neigungswinkel der Pubospinalebene im Stehen be-

quemer messen zu können, empfehle ich, an das Fußbrett des Pendelmaßes in einem Winkel von 90° noch ein vertikales Brettchen anbringen zu lassen und dann dieses anstatt des Fußbrettes an das Beckenbrett anzulegen.

Diese Messung der Beckenneigung ist sehr einfach. Man kann zu demselben Ziele auf ähnlich exakte Weise mit meinem Beckenmessapparat (vgl. Archiv f. Gynäk. Bd. XVII), wie ich das bereits vor Jahren (Normale und pathologische Lagen und Bewegungen des Uterus, Stuttgart 1885, p. 101) that, oder mit Skutsch's Beckenmesser (Habilitationsschrift, Jena 1886) gelangen. Die Messung mit beiden aber ist wesentlich umständlicher, und Umständlichkeit bei dergleichen Messungen an Lebenden ist gleichbedeutend mit Vermehrung der Fehlerquellen.

II. Nabelschnurbruch mit Lebermissbildung.

Von

Dr. E. Colla,

Assistent und 2. Lehrer an der Provinzial-Hebammenlehranstalt zu Danzig.

Am 16. Februar Abends 8 Uhr wurde im hiesigen Hebammeninstitut eine Ipara von einem Mädchen entbunden, welches reif und lebensfrisch, 48 cm lang und 2850 g schwer war. Die Geburt verlief normal, abgesehen von einer leicht löslichen Nabelschnurumschlingung um den Hals. Es fiel sofort ein Tumor auf, welcher am Nabel des Kindes saß. Derselbe hatte etwa die Gestalt einer großen Birne, war gestielt, 9 cm lang (sagittal), 6 cm breit (frontal) und 5 cm hoch, von grau-blauer Farbe; seine Oberfläche war zum Theil eben, zum Theil mit weichen Höckern besetzt. Die Nabelschnur, welche 60 cm lang war, wurde in einer Entfernung von 9 cm vom Tumor unterbunden und durchschnitten. Dieselbe war sehr schwach von rechts nach links gedreht und trat an den Tumor links oben vorn heran, scharf gegen die rundliche Tumormasse abgesetzt. Das Amnion ging jedoch kontinuirlich auf diese als Überzug über und setzte sich cirkulär in gewöhnlicher Weise gegen die Epidermis ab, welche den Stiel des Tumors als etwa 2 cm langer, nach außen offener Trichter bekleidete. Unter dem Amnionüberzuge lag spärliche Sulze, stellenweise zu knotigen Verdickungen angehäuft. Es handelte sich sonach um einen Nabelschnurbruch. Die Geschwulst zeigte eine sehr feste Beschaffenheit, die Perkussion ergab dumpfen Schall; Versuche, den Inhalt des Bruchsackes zu reponiren, waren erfolglos. Der Gedanke an einen eingeklemmten Darmbruch konnte bei dem sonst normalen Befinden des Kindes und dem reichlichen Abgang von Meconium keine Wahrscheinlichkeit gewinnen. Es musste daher angenommen werden, dass Leber im Bruchsack enthalten war. Im Übrigen bot das Kind keine Besonderheiten. Die Geschwulst wurde zunächst mit einem weichen, aseptischen Verbande bedeckt und so fixirt, dass Zerrungen des Stieles ausgeschlossen waren. Am folgenden Tage zeigte der Bruch unter dem Amnion in einzelnen Theilen eine grünliche Verfärbung, wie von beginnender Gangrän. Das Kind bot sonst keine Veränderung. Es verweigerte aber die Nahrung, welche seiner Schwächlichkeit wegen ihm verschiedentlich beizubringen versucht wurde. Vormittags 11 Uhr, 15 Stunden post partum wurde das Kind von Herrn Dr. Baum, Chefarzt des hiesigen städtischen Lazaretts, operirt.

Vorsichtige Chloroformnarkose — Bor-Salicylsäurelösung. Das Amnion wird vorsichtig von der Epidermis getrennt und dann mit der Sulze und der Peritonealauskleidung des Bruchsackes abgetragen. Es zeigt sich Lebersubstanz als Inhalt desselben. Das Peritoneum ist mit dem Leberüberzuge verwachsen und muss losgeschält werden. In den oberen Theil des Leberstückes geht die Vena umbilicalis

ein, auf der unteren Fläche liegt die Gallenblase. Die Bruchpforte, kaum für die Spitze des kleinen Fingers zugänglich, wird nach oben erweitert. Nach Reposition des Bruchinhaltes wird die Wunde durch die Naht geschlossen.

Das Kind erwachte sehr bald aus der Narkose, gab aber wenig Hoffnung auf Erhaltung des Lebens. Nahrung konnte ihm nur mühsam und spärlich beigebracht werden. 7 Stunden nach der Operation starb es.

Die Autopsie ergab Folgendes: Die größte Breite der Leber beträgt 10 cm, die Länge rechts 9, links 8 cm. Die beiden Lappen sind in der Ansatzstelle des Lig. suspensorium deutlich unterschieden, der linke ist nach hinten und links in einen langen schmalen Fortsatz ausgezogen. Von oben gesehen bildet eine scheinbare Fortsetzung des Lig. suspensorium nach vorn ein etwa 2 cm langer, 0,75 cm breiter Strang, an den sich vorn ein unregelmäßig rundliches Stück Lebersubstanz ansetzt, welches 5 cm lang, 5,5 cm breit und 3,5 cm hoch ist. Dieses Stück bildete den Inhalt des Bruchsackes. Oben links vorn dringt die bei der Operation unterbundene Vena umbilicalis in die Tiefe der Substanz ein. Betrachtet man die Leber von unten, so erscheint hier der linke Lappen durch die 1 cm tiefe und 4,5 cm lange linke Längsfurche scharf getrennt vom rechten. Am unteren vorderen Rande geht die Längsfurche über in den Stiel der Appendix, welcher durch eine rinnenartige vom linken Lappen kommende Brücke von Lebersubstanz gebildet wird. Der rechte Lappen zeigt an der Stelle, wo der Sulc. long. sin. in diesen Stiel übergeht, eine viereckige 1 cm breite und 0,5 cm tiefe Furche, welche hinten nach rechts und links in zwei kurze tiefe Querfurchen ausläuft. So besteht also eine tiefe Grube durch das Zusammentreffen der Längsfurche mit dem rinnenartigen Stiele und der viereckigen Furche des rechten Lappens.

Im Lig. hepato-duodenale verlaufen die V. portae, die A. hepatica und der Ductus choledochus. Die V. portae tritt in die Furche des rechten Lappens, welche demnach wohl als Leberpforte anzusehen ist, indem sie einen rechten Ast in die kurze, hintere, rechte Querfurche derselben senkt, während der linke als gerade Fortsetzung des Stammes zum Stiel der Appendix verläuft und vor diesem mit der Vena umbilicalis in Verbindung tritt. Letztere tritt aus der Tiefe des abgeschnürten Leberstückes am Anfang des Stieles wieder heraus und verläuft durch letzteren und durch den Sulc. long. sin., als Ductus venosus Arantii fortgesetzt, zur Vena cava. Die Arteria hepatica verläuft links vor der Pfortader bis zur Pforte; hier theilt sie sich in 3 Äste, einen kurzen, welcher in den rechten Lappen eindringt, einen längeren, welcher über dem Sulc. long. sin. zum linken Lappen verläuft, und einen dritten, den stärksten, welcher zum Stiele verläuft und sich hier in die A. cystica und einen dritten Ramus hepaticus für das abgeschnürte Stück theilt.

Die Gallenblase, 2,5 cm lang und 0,75 cm breit, liegt an der unteren Fläche der Appendix, der Fundus nach vorn, der Hals gegen den Stiel gerichtet, an dessen Anfang er in den Ductus cysticus übergeht. In die Lebersubstanz tief eingebettet überragt sie deren Niveau nirgends. Der Ductus cysticus vereinigt sich im Stiel mit einem Ductus hepaticus, welcher aus dem abgeschnürten Stück kommt. (Einen zweiten Ductus hepaticus habe ich nicht auffinden können trotz vorsichtigen Präparirens.) Der Ductus choledochus von der Vereinigung des D. cysticus mit dem einen D. hepaticus bis zum Duodenum ist 8 cm lang! Er verläuft vor und rechts der Pfortader.

Im Stiele des Anhangs finden sich also an Gefäßen: Am oberflächlichsten (von unten her gesehen) der Ductus cysticus und ein Ductus hepaticus, nach links davon, etwas tiefer gelegen die Arteria cystica und ein Ramus hepaticus der Leberarterie; ganz in der Tiefe, unter der Gallenblase aus dem Leberstück hervortretend, die Vena umbilicalis.

Im Übrigen ergab auch die Autopsie keine Besonderheiten. Reste der Vasa omphalo-mesenterica oder des Ductus omphalo-entericus waren nicht aufzufinden.

In der mir zugänglichen Litteratur habe ich trotz der Zahl der publicirten Fälle von Nabelschnurbruch einen gleichen nicht beschrieben gefunden. Indessen erwähnt Olshausen (Archiv f. Gynäkol. Bd. XXIX. p. 443) einen solchen Fall, und es geht aus seinen Worten hervor, dass ähnliche häufiger beobachtet werden,

als es nach der vorliegenden Litteratur scheint. Auch Ahlfeld (Missbildungen 1882) hat keinen derartigen Fall verzeichnet. In den mit Erfolg operirten Fällen handelte es sich, so weit meine Litteratur reicht, stets um reponibele Darm- resp. Leberdarmbrüche. Nur Stolypinski (dieses Centralbl. No. 13) und Dunlap (ibid. Refer.) operirten mit Erfolg irreponibele Brüche. Dagegen entspricht der einzige Fall, bei welchem Olshausen eine Naturheilung sich wenigstens anbahnen sah, dem vorliegenden vollkommen. Das Kind starb nach 5 Wochen. Wenn auch in unserem Falle die Prognose der Operation sehr zweifelhaft war, so erscheint die letztere doch im Hinblick auf die Prognose der sich selbst überlassenen Missbildung gerechtfertigt.

---

1) **Martin** (Berlin). Über die Beziehungen der Retrodeviationen zur Schwangerschaft.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 39.)

M. beobachtete unter 24 000 Kranken seiner Poliklinik und Privatpraxis 121 Fälle von Retroflexio uteri gravidi. An der Hand dieses Materials erörtert er zunächst die Frage, ob die Retrodeviation, speciell ihr höchster Grad wirklich ein so ernstes Hindernis für das Zustandekommen einer Schwangerschaft ist, wie man bisher angenommen. Er kommt zu dem Resultat, dass selbst Retroflexionen dritten Grades in der Regel ein solches Hindernis nicht abgeben; dass derselbe, wo Konception ausbleibt, vielmehr in Erkrankungen der Uterusschleimhaut oder der Adnexa zu suchen ist. Auch die Fortpflanzungsfähigkeit des Ehemannes bedarf in solchen Fällen der Berücksichtigung.

Ferner bespricht M. die aus der Schwangerschaft im retroflektirten Uterus entspringende Gefahr. Auch sie erachtet er nicht so groß, wie dies von vielen Seiten geschieht. Er ist der Überzeugung, dass eine große Mehrzahl von Fällen gar nicht zur Kenntnis des Arztes kommt, sondern die Lageveränderung des graviden Uterus sich ohne bemerkenswerthe Beschwerden spontan ausgleicht. Da die Klagen der Schwangeren sich wesentlich auf die Erschwerung der Harnentleerung richten, so ist die Diagnose der Retroflexio uteri gravidi in der Mehrzahl der Fälle hierdurch wesentlich erleichtert.

Ist der schwangere, aber retrodeviirte Uterus nicht spontan emporgestiegen, so empfiehlt M. seine Geradstellung und Festlagerung in der normalen Stellung dringend, auch wenn es zu schweren Incarcerationserscheinungen noch nicht gekommen ist. In Fällen von Incarceration ist die Reposition stets zu versuchen; erst dann kommen die Entleerungen des Uterus resp. seine Exstirpation in Frage.

Graefe (Halle a/S.).

---

2) **B. Davison.** Geburtshilfliche Antisepsis.

(The med. age 1889. No. 17.)

Nachdem D. eine Reihe von Äußerungen anderer Autoren über den Werth der geburtshilflichen Antisepsis citirt hat, kommt er selbst zu dem Schluss, dass größte Reinlichkeit bezw. Desinfektion Alles dessen, was mit den Genitalien einer Kreißenden in Berührung

kommt, vor Allem der Hände und Instrumente des Geburtshelfers nöthig sei; dass aber der günstige Verlauf, abgesehen von seiner Reinlichkeit, nicht antiseptisch geleiteter Geburten beweise, dass vaginale Ausspülungen, Tampons und Vulvaverbände nicht nöthig seien. Ja, er ist der Ansicht, dass diese unter Umständen für die Wöchnerinnen gefährlich sind. **Graefe** (Halle a/S.).

---

3) **G. Heinricius** (Helsingfors). Über den Einfluss der Bauchfüllung auf Cirkulation und Respiration.

(Separatabdruck aus der Zeitschrift für Biologie.)

Verf. sucht verschiedene streitige Punkte in der Geburtshilfe, deren Deutung bisher der Spekulation oblag, durch physiologische Versuche aufzuklären.

Katzen und Hunden wird durch Zuleitung von physiologischer Nacl-Lösung der Bauch aufgetrieben; zur Erkennung der Respirationsschwankungen wird nach gemachter Tracheotomie an die Kanüle eine Marey'sche Luftkapsel befestigt und diese mit der berußten Trommel des Ludwig-Baltzar'schen Kymographion verbunden. Zur Beobachtung der Zwerchfellbewegungen bringt er einen Kronecker-Marckwald'schen Hebel durch ein im 6. Interkostalraum angelegtes Nadelloch auf das Diaphragma. Die Anzahl der Herzschläge wird entweder direkt gezählt oder durch das Kymographion registrirt; der Blutdruck wird an einem mit der Carotis verbundenen Hg-Manometer + Kymographion erkannt. Nachdem 50—100 ccm der Lösung in die Bauchhöhle geflossen, werden die Befunde aufgenommen; die Zeit wird durch eine elektrische Sekundäruhr gemessen.

Aus 15 Versuchen geht hervor, dass die Bauchhöhle mit einer großen Flüssigkeitsmenge gefüllt werden kann, der Art, dass die Bauchdecken straff gespannt sind, ohne dass Puls oder Respiration wesentlich gestört werden. Erst nach hochgradiger Bauchfüllung werden die Athmungen frequenter und zugleich tiefer, und zwar sind die Exspirationen besonders ausgeprägt. (Dyspnoe in Folge Kompression der Lungen durch das hinaufgedrängte Zwerchfell.) Allmählich geht das Thier an CO_2-Intoxikation zu Grunde. Die Pulse werden bei beträchtlicher Bauchfüllung frequenter, dann größer, hierauf seltener und vor dem Tode des Thieres gewöhnlich plötzlich kleiner. Der Blutdruck steigt erst, wenn die Pulse wesentlich seltener geworden sind, und nimmt schließlich ab, wenn die seltenen Pulse niedrig werden. Die Ursachen dieser Erscheinung sind theils mechanischer, theils nervöser Natur.

Um zu entscheiden, ob die Ursache der Blutdrucksteigerung in der Bedrängung der Brust- oder der Bauchhöhle zu suchen sei (reflektor. Erregung des Herzvagus vom Bauche aus), wurde an theils curaresirten, theils morphinisirten Thieren während des Experimentes das Sternum der Länge nach gespalten und, während das Diaphragma, stark hinaufgedrängt, den Brustraum verengte, die Rippen mit den

Brustbeinhälften abwechselnd aus einander gehalten und wieder zusammengedrückt. Inzwischen wurde der Einfluss auf die Blutdruckschwankungen studirt und festgestellt, dass die Beengung des Brust- nicht des Bauchraumes die Ursache ist. Ist der Bauch so gefüllt, dass Vaguspuls eintritt, so kann derselbe durch Auseinanderhalten der Brustwände wieder behoben werden. Durchschneidung der Nervi vagi führte zu dem Resultat, dass die Vaguskerne in der Medulla oblongata gereizt werden, wenn die Athmung durch starke Bauchfüllung sehr beeinträchtigt wird; der verstärkte Tonus wird daher nach Durchschneidung der Vagi unwirksam auf das Herz.

Ist die Asphyxie sehr hochgradig geworden, so werden die hemmenden Centren im Herzen selbst angeregt; es kommt dann trotz Vagusdurchschneidung zu Pulsverlangsamung; schließlich werden aber auch die Herzcentren gelähmt. Versuche zur Ergründung der Frage, welche Veränderung die Entleerung der gefüllten Bauchhöhle hervorbringt, ergaben, dass rasche Entleerung (durch den Bauchschnitt) Steigen des Blutdruckes bedingt.

Der Unterleib kann also sehr große Mengen Flüssigkeit aufnehmen, ohne dass die wichtigsten Lebensfunktionen dadurch beeinflusst würden, weil die Bauchdecken außerordentlich nachgiebig sind, so dass sie gar nicht so allmählich gedehnt zu werden brauchen, wie bei Schwangerschaft und Tumoren. Trotz des niedrigen Druckes in der Vena cava inf. entsteht bei plötzlicher Bauchfüllung keine Stockung im Venenkreislauf, weil gleichzeitig alle Gefäße, auch die Arterien gleichmäßig komprimirt werden. **F. Spaeth** (Hamburg).

---

4) **Wilhelm Koch.** Die Bluterkrankheit in ihren Varianten, Scorbut, Purpura simplex, Purpura (Peliosis) rheumatica, Purpura haemorrhagica, Erythema nodosum, Hämophilie, Nabelbluten, Blutschwitzen und Fettentartung der Neugeborenen.

Stuttgart, **F. Enke,** 1889. 227 S.

In diesem die Litteratur aufs gründlichste benutzenden und auf großen, eigenen Erfahrungen basirenden Werk giebt K. eine Darstellung der obigen Krankheiten. Ätiologisch sind dieselben als eine Infektionskrankheit und trotz ihrer vielgestaltigen Symptome klinisch und anatomisch als eine und dieselbe Krankheit aufzufassen Die Krankheit kann von der Mutter auf den Fötus übertragen werden (Beobachtung von Dohrn u. A.) Als Eingangspforte für die betreffende Noxe wird neben anderen auch die Schleimhaut der Genitalien bezeichnet. Uterinblutungen ohne nennenswerthe andere scorbutische Erscheinungen wurden mitten in einer Scorbutepidemie beobachtet. Im Anschluss an Menstruation und Entbindung sahen Petrone und Koch Scorbut auftreten. Kühn beobachtete unter 253 Scorbutfällen zweimal heftige parenchymatöse Blutungen bei Entbindungen Scorbutischer. Blutungen aus den Genitalien

während und außer der Periode werden sehr häufig berichtet. Nächst den Bronchialblutungen beobachtete sie Seeland am häufigsten. Bei Frauen vor den klimakterischen Jahren wurden von Herrmann auch Unregelmäßigkeiten der Menstruation beobachtet. — Bei der Hämophilie, deren Identität mit Scorbut vielleicht nicht überall anerkannt werden dürfte, fand Grandidier unter 334 Fällen 10mal Blutungen aus den weiblichen Geschlechtstheilen. Tödliche Blutungen bei der Geburt werden nicht erwähnt. Von der bekannten Graubündener Bluterfamilie wird berichtet, dass die Frauen zuweilen an profuser Menstruation und starken Blutungen nach der Entbindung leiden.

Spontane Nabelblutungen oder die transitorische hämorrhagische Diathese der Neugeborenen kommen mit anderen Scorbutsymptomen besonders bei Kindern mit kongenitaler Lues vor.

Wir müssen uns auf diese wenigen die weiblichen Sexualorgane betreffenden Angaben aus dem reichen Inhalt beschränken. Die pathologische Anatomie ist durch eine große Anzahl Petersburger Sektionsprotokolle wesentlich vervollständigt.

G. Middeldorpf (Breslau).

---

5) **P. Lamy.** Über uterines Erbrechen außerhalb der Schwangerschaft.

(L'abeille méd. 1889. No. 21.)

Nicht selten tritt bei Mädchen in den Pubertätsjahren Erbrechen auf. L. führt einen solchen Fall an. Ein 14jähriges Mädchen klagte über Beschwerden, welche auf ein baldiges Eintreten der Menses schließen ließen. Gleichzeitig stellte sich nach jeder Mahlzeit Erbrechen ein. Alle Mittel blieben erfolglos. Nur Bouillon 1/4 bis 1/2stündlich theelöffelweis genommen behielt Pat. bei sich. Mit dem Eintritt der Menses hörte das Erbrechen auf und kehrte auch nicht während der ersten Schwangerschaft, 6 Jahre später, wieder.

Bekannt ist es, dass zur Zeit der Menstruation oft Erbrechen eintritt. L. theilt einen solchen, sehr hartnäckigen Fall mit; ferner einen anderen, bei welchem stets nach stattgehabtem Beischlaf wiederholtes Erbrechen auftrat. Pat. wurde schwanger. Doch hatte die erwähnte Ursache stets dieselben Folgen. Auch hier war jede Behandlung erfolglos.

Schließlich erwähnt L. einen Fall, wo bei einer 50jährigen Frau, bei welcher die Menses unregelmäßig geworden waren, zeitweis Verdauungsstörungen, besonders Erbrechen auftrat. Bei geeigneter Behandlung besserte sich der Zustand allmählich. **Graefe** (Halle a/S.).

---

6) **Heinricius** (Helsingfors). Die Zählebigkeit des Herzens Neugeborener.

(Separatabdruck aus der Zeitschrift für Biologie.)

Zur Bestimmung der Leistungsfähigkeit des fötalen Herzens wurde in den linken Ventrikel ausgeschnittener Herzen (von Hünd-

chen und Kaninchen) eine Kanüle eingelegt und dieselbe mit Kronecker's Froschherzmanometer verbunden, das Herz alsdann mit defibrinirtem Blut, Serum, physiolog. NaCl-Lösung etc. gefüllt. Es zeigte sich, dass das Herz von Säugethierembryonen sehr lebenskräftig ist und unabhängig von der Flüssigkeit, mit der es gefüllt ist, sich kontrahirt und zwar in einzelnen Versuchen bis 2 Stunden lang, obwohl ja eine Ernährung des Herzens ausgeschlossen war. Dieses Verhalten des Embryoherzens zeigt, dass die Säugethiere während eines frühen Entwicklungsstadiums sich den Kaltblütern nähern. Elektrische Reizung der Herzen bewirkt Flimmern während der Reizung, nachher schlägt das Herz ruhig weiter. Die Vorhöfe überleben die Ventrikel um kurze Zeit. **F. Spaeth** (Hamburg).

---

7) Jahrbuch der gesammten medicinischen Wissenschaften. Ein jährlicher Bericht über deren Fortschritt auf der Welt. Herausgegeben von Charles Sajous. 5 Bände. In engl. Sprache.

Philadelphia, New York, London, F. A. Davis, 1889.

Im zweiten Jahrgang liegt ein großartig angelegtes Werk vor, das vom Verleger mit dankenswerther Munificenz, wie wir sie sonst nur von den Veröffentlichungen der Regierung der Vereinigten Staaten und des Smithson'schen Institutes in Washington kennen, an zahlreiche gelehrte Körperschaften vollständig und gebrauchsfertig kostenfrei verschickt worden zu sein scheint. Der Titel verspricht viel, hält aber sein Versprechen. Was das Werk vor anderen Unternehmungen dieser Art auszeichnet, ist der internationale Charakter. 70 Mitherausgeber und über 200 Korrespondenten aus allen Ländern der Erde, darunter die besten Namen, weist das Mitarbeiterverzeichnis auf. Für Gynäkologie unter zahlreichen Anderen Goodell, Mundé, Parvin. Die Art der Verarbeitung des Riesenmateriales, die Reichhaltigkeit und übersichtliche Anordnung des Stoffes verdienen alle Anerkennung. Über alles nur Denkbare, ja sogar über die zweckmäßigste Art der Hinrichtung (unter gerichtlicher Medicin) finden wir die einschlägigen Veröffentlichungen aus der medicinischen Weltlitteratur des betreffenden Jahres in leicht aufzufindenden, doch nicht lexikalisch geordneten Arbeiten zusammengestellt. Originell ist die Art der Citirung der benutzten Publikationen. Am Ende des fünften Bandes ist ein Verzeichnis sämmtlicher benutzter Litteratur gegeben, jede Zeitschrift, jedes Buch etc. trägt seine bestimmte Nummer, und wo im Texte auf die betreffende Veröffentlichung Bezug genommen ist, geschieht es unter dieser Nummer, bei Zeitschriften unter Anfügen des genauen Datums. Dadurch wird viel Raum erspart. So weit Ref. kontrolliren konnte, stimmen die Citate. Ein »Centralblatt für die Gesammte Medicin« aber (180 im Journalverzeichnisse) dürfte schwer zu citiren sein, da es nur der zusammenfassende Name der drei Centralblätter für Klinische Medicin, Chirurgie

und Gynäkologie ist (die dann wieder unter 317, 319, 336 laufen). Die vortrefflichen Gesammt- und Einzelregister dürften sich manche unserer deutschen Herren Verleger zum Muster nehmen. In dieser Beziehung ist unser deutsches Publikum noch sehr bescheiden. Papier, Druck, Einband, die zahlreichen graphischen schwarzen und farbigen Beilagen sind musterhaft. Das Ganze ist ein würdiges Seitenstück zu dem ja auch bei uns weit verbreiteten Index-Katalog der Bibliothek des Generalarztes in Washington. Obgleich auf die verschiedenen Nationen durch Nebeneinanderstellen der Maße, Gewichte und Thermometerskalen alle Rücksicht genommen ist, dürfte das Jahrbuch in Deutschland doch keine allzu große Verbreitung finden. Ihr stehen im Wege unsere trefflichen deutschen, wenn auch bescheidener angelegten Unternehmungen ähnlicher Art, die englische Sprache und der zwar nicht angegebene aber nothwendig sehr hohe Preis. Für den nächsten Jahrgang wäre zur Vermeidung der in der Brauchbarkeit zwar nicht störenden, aber immer unangenehm berührenden sehr zahlreichen Schreibfehler zu wünschen, dass das Verzeichnis der benutzten Zeitschriften, Bücher, Monographien etc. am Schlusse des fünften Bandes von einem die verschiedenen Hauptsprachen genügend beherrschenden Korrektor durchgesehen würde. **Herdegen** (Stuttgart).

Kasuistik.

8) Antona (Neapel). 32 Ovariektomien mit Heilung.

(Revue de Chirurgie 1889. No. 9.)

A. hat 32 Ovariektomien gemacht, die alle von Erfolg begleitet waren. Dieses günstige Resultat schreibt A. der Anwendung des Sublimat zu und einer minutiösen Sterilisation. Er ist im Allgemeinen ein begeisterter Verehrer des Sublimat. Nur wenn es sich um ausgedehnte, leicht resorbirende Flächen handelt, müsse man bei Anwendung des Sublimats vorsichtig sein, sonst könne man es überall ohne Furcht und Sparsamkeit gebrauchen. Unter seinen 32 Fällen sind 2 Pat. mit Adenocarcinom, in denen die Exstirpation des Tumors von keinem Recidiv gefolgt war. Ein Fall von schweren hysterischen Störungen wurde durch Entfernung beider Ovarien radikal geheilt. **K. Ruhemann** (Berlin).

9) A. Holme (Edinburg). Klinischer Beitrag zur Physiologie der Nachgeburtsperiode.

(Edinb. med. journ. 1889. Januar.)

35jährige VIIIpara, Zwillinge; Geburt des zweiten Kindes 3½ Stunden, todt, nach dem des ersten, lebend. Starke Atonie des Uterus, der über dem Nabel fast bis zum Proc. xyph. steht; Kontraktionen fehlen fast ganz, Blutung zunächst gering, werden dann stärker und veranlassen Eingehen mit der Hand und Kneten von außen gleichzeitig. Hierbei wird festgestellt, dass beide Placenten noch anhaften. Es folgen dann starke Kontraktionen, unter welchen die Placenta des zweiten, also die nicht aspirirte, noch blutgefüllte Placenta, die übrigens tiefer saß, als die andere, zuerst geboren wird. Dann wieder starke Atonie, fast ohne fühlbare Wehen, Uterus steigt wieder über den Nabel, Blutung, zweite Placenta wird manell gelöst, ganz leicht, ohne Verwachsungen.

Der Fall scheint Verf. wohl geeignet, die gerechten Bedenken gegen die Ansicht B. Hart's, dass die Lösung der Placenta nicht durch die Wehen, sondern

nach denselben durch die Relaxation der Ansatzstelle, der die Placenta nicht folgen könne, gelöst, zu stärken. Dies thut besonders auch der Umstand, dass die Placenta des zweiten Kindes, also die blutgefüllte, die nach B. Hart ungeeignetere, sich zuerst löste. **Zeiss** (Erfurt).

10) **Tuxen** (Jütland). **Uterinfibrom als Geburtshindernis.**

(Hospitals Tidende 1889. Juni 22.)

Die Frau war zum 6. Male kreißend. Frühere Geburten normal; eben so diese Schwangerschaft. Bei verstrichenem Muttermund lag hinter dem vorliegenden, hochstehenden Schädel eine faustgroße fibromatöse Geschwulst vom Lab. posticum ausgehend. Die Wendung wird mit einiger Mühe ausgeführt. 3 Wochen nach der Geburt wurde die vor der Vulva liegende kindskopfgroße Geschwulst nach doppelter Ligatur abgetragen. **Ingerslev** (Kopenhagen).

11) **Paul Mundé** (New York). **Erfahrungen über die Tait'sche Operation der Dammrisse.**

(Amer. journ. of obstetr. 1889. Juli. p. 673.)

M. hat die Methode in 17 Fällen angewandt; 8 davon betrafen vollständige und 9 unvollständige Dammrisse. Erfolg bei allen gut, mit Ausnahme eines Falles, bei welchem Septikämie eintrat. Spricht sich warm zu Gunsten der Methode aus. **Engelmann** (Kreuznach).

12) **M. Grönlund** (Kopenhagen). **Geburt eines normalen Kindes mit einer Doppelmissbildung.**

(Hospitals Tidende 1889. Juni 22.)

Die 28jährige Frau hatte 2mal vorher normal geboren. Jetzt gebar sie ein beinahe ausgetragenes lebendes Kind. Kurz nachher erschien ein Fuß und ein Arm in der Vulva. Die Extraktion wurde von der Hebamme bis zum Kopfe durchgeführt, dann war es ihr unmöglich, weiter zu kommen. Der Verdacht auf Missbildung mit zwei Köpfen wurde vom Verf. genau bestätigt, bei der Exploration kam der Finger in die Furche zwischen beiden Hälsen. Während einer starken Wehe wurde beinahe oben Traktion die Geburt vollendet, der Rücken drehte sich nach rechts, und erst der rechte, dann der linke Kopf rollte über dem Mittelfleisch hervor. Die Doppelfrucht wog 2750 g, hatte zwei völlig getrennte Köpfe und zwei Hälse, in der Furche zwischen diesen eine Protuberanz als Andeutung des linken Armes des rechten und rechten Armes des linken Kindes. Es waren zwei zusammenhängende Placenten, jede mit einer einfachen Nabelschnur. Das erste Kind blieb am Leben. **Ingerslev** (Kopenhagen).

13) **Meinert** (Dresden). **Bericht über 25 im Jahre 1888 operirte abdominale Tumoren.**

(Sonderabdr. a. d. Korrespdzbl. d. sächs. ärztl. Kreis- u. Bezirksv. XLVII. Bd. No. 9.)

Die 25 Tumoren vertheilen sich auf 18 Pat.; 17mal wurde Laparotomie gemacht. Alle wurden geheilt. Von größerem Interesse sind folgende Fälle:

1) Rechts parametrischer Abscess. Kindskopfgroßer harter Uterustumor, welcher bei Incision des Abscesses (von der Vagina aus) verschwindet. Der Eiter hatte sich so weit unter die Uterusserosa gearbeitet und dieselbe geschwulstartig vorgebuchtet, dass ein Myom vorgetäuscht wurde.

2) Ovariotomie (Dermoid) in der Schwangerschaft, ohne Unterbrechung derselben.

3) Papillom des Ovarium, papillomatöse Peritonitis ($14^1/_2$ Monate später noch recidivfrei).

4) Frisch geplatzte Tubargravidität; sofortige Exstirpation des blutenden Sackes.

5) Große in Folge geplatzter Extra-uterin-Schwangerschaft entstandene Hämatocele (bis zum Nabel reichend); Entleerung derselben durch den Bauchschnitt. Partielle Exstirpation des Sackes. Drainage. Circumscripte eitrige Peritonitis mit Durchbruch nach dem Drainkanal. Heilung. **F. Spaeth** (Hamburg).

14) **Bowan** (Melbourne). **Zwei Fälle von Uterusexstirpation.**

(Austral. med. journ. 1888. September.)

R. operirte nach der Martin'schen Methode. Der erste Fall bekam kurze Zeit nach der Operation Recidiv, der zweite starb wenige Stunden p. op. an Shock. Dasselbe Schicksal, wie diese, theilten die zwei anderen bisher in Australien (von Stirling) ausgeführten Totalexstirpationen. **Zeiss** (Erfurt).

15) **Olivier** (London). **Fall von Hydatidenmole.**

(Lancet 1889. September 21.)

Der Fall betrifft eine 25jährige gesunde 7 Jahre verheirathete VIpara. Nie vorher Fehlgeburt. In der Schwangerschaft nur Blutungen, kein verdächtiger Abgang, so dass die Diagnose erst in der Geburt, die im 6. Monate der Schwangerschaft stattfand, zu stellen war. Der Leibesumfang entsprach auch dieser Zeit. Bei der Geburt heftige Blutung, die Auswischen mit Eisenchlorid nöthig machte.

Herdegen (Stuttgart).

16) **Schroeder. Blutungen in den ersten Monaten der Schwangerschaft.**

(Journ. de méd. 1889. September. Art. 14244.)

In seiner Dissertation lenkt S. von Neuem die Aufmerksamkeit auf diese Blutungen, welche häufig Gelegenheit zu um so gefahrvolleren diagnostischen Irrthümern sind, als der ärztliche Eingriff die fast sichere Ursache der frühzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft ist.

Die Blutungen im Beginn der Schwangerschaft werden theils von reinem Blut gebildet oder von einer blutig-serösen Flüssigkeit, welche dem Menstrualblut an seinem Beginn oder Ende ähnlich ist. Bisweilen anhaltend, meistens indess intermittirend haben diese Blutungen nichts zu sagen: Im Speculum sieht man das Blut tropfenweise aus dem äußeren Muttermund hervorkommen.

In keiner von den zu diesem Zweck gesammelten Beobachtungen hat sich die Blutung vor der vierten Woche gezeigt; am häufigsten tritt sie im zweiten oder dritten Monat auf; den fünften Monat überschreitet sie selten, entweder zum Abort führend oder den Verlauf der Schwangerschaft nicht störend; aber niemals treten Symptome von starkem Blutverlust auf; prognostisch sind diese Blutungen nur für das Kind von Bedeutung. Der Abort ist um so mehr zu befürchten, je länger die Blutung anhält; es ist von Wichtigkeit, wenn der Blutverlust reichlicher wird und sich mit Schmerzen in der Regio hypogastrica verbindet. Die Prognose erklärt sich um so besser, wenn man mit dem Verf. annimmt, dass diese Blutungen am häufigsten mit einer fehlerhaften Insertion der Placenta in Beziehung stehen.

In der Diagnose kommen oft Fehler desshalb vor, weil man nicht an Schwangerschaft denkt, denn in der Zeit, in der die Blutung auftritt, bestehen fast stets Symptome, die gestatten, Schwangerschaft mit Bestimmtheit nicht annehmen zu können, sondern nur zu vermuthen; dies genügt, jeden für das kindliche Leben gefährlichen Eingriff zu vermeiden. Als das wahrscheinlichste Zeichen beginnender Gravidität sieht er die bläuliche Verfärbung der Genitalschleimhaut an.

Von den Erkrankungen des Uterus beziehen sich diese Blutungen meistens auf chronische Metritis. Bei dieser wie bei beginnender Schwangerschaft ist das Volumen des Uterus vergrößert, die Cervix oft dilatirt; die Blutungen bei der Metritis aber gehen mit reichlichem Verlust von eitrigem Schleim einher, und dieses Symptom genügt an sich zur Unterscheidung von Gravidität. Außerdem bestehen eine Summe von entzündlichen und schmerzhaften Erscheinungen, die in der Schwangerschaft nicht vorkommen. Diese Blutungen, deren Hauptgefahr in dem Verkennen der Gravidität liegt, müssen mit absoluter Bettruhe und Eisumschlägen auf das Abdomen bekämpft werden. Nur in den seltensten Fällen sei man genöthigt zur Tamponade zu greifen. **K. Ruhemann** (Berlin).

17) **W. Fraser Wright** (Edinburg). **Geburtskomplikation durch Herzfehler erfolgreich mit Amylnitrit behandelt.**

(Edinb. med. journ. 1889. December.)

Insufficiens der Aorta, Insufficiens und Stenose der Mitralis; schwerer Collaps unmittelbar nach Austreibung der Placenta mit allen Zeichen bedrohlichster Kongestion zu Herz und Lungen. 6 Tropfen Amylnitrit eingeathmet erleichterten die Dyspnoe und überhaupt das ganze bedrohliche Bild sofort in bemerkenswerther Weise.

Die auf die Anwendung des Amylnitrits folgende Blutung aus dem Uterus, etwa 8 Unzen betragend, scheint W. nicht beträchtlich genug, um auf diese Art durch Erschlaffung der Uterusmuskulatur, die Depletion von Herz und Lunge erklären zu können. Ob aber die Erweiterung der Arteriolen überhaupt (die doch wieder nur stärkere Füllung des Venensystems zur Folge habe) hier als günstiger Faktor angesehen werden könne, erscheint ihm ebenfalls fraglich. Jedenfalls war der Effekt in die Augen springend. **Zeiss** (Erfurt).

18) **A. Miller.** **Bemerkungen zu einem Fall von habituellem Abort aus ungewöhnlicher Ursache.**

(Glasgow med. journ. 1889. December.)

M. beobachtete bei einer verheiratheten, sonst gesunden Frau kurz hinter einander 4 Aborte resp. Fehlgeburten von 3, 4, 7 und $7^1/_2$ Monaten. Die Ursachen sind nach ihm nervöser Art, »ab interno« wirkende, d. h. in 2 Fällen böse Träume, in beiden anderen eine fidele Gesellschaft mit Musik und Gesang.

Zeiss (Erfurt).

19) **Francis D. Bood** (Edinburg). **Kongenitaler Mangel des Rectum, Kolotomie, Autopsie.**

(Edinb. med. journ. 1889. December.)

Abgang von Flatus und Meconium durch die Urethra; Kolotomie, nachdem das untere Ende des Rectum vergeblich durch Incision zu erreichen versucht worden war. Erfolgt zunächst Erleichterung, Entleerung klaren Urins, dann langsam in wenigen Tagen Exitus. Die Blase stark ausgedehnt, spindelförmig, mit 1 cm dicken Wandungen, ziemlich stark erweiterten Ureteren. Rectum hinter der Blase ziemlich stark dilatirt, mit der Blasenwand verwachsen, kommunicirt mit dem Blasengrunde durch eine Öffnung, die eine gewöhnliche Sonde durchlässt. Verf. vermochte in der Litteratur erst 3 Fälle (Dessault, Amussat, Godard) von Mündung des Rectum in die Blase selbst (nicht wie gewöhnlich, in die Pars membranaceae urethrae) aufzufinden. **Zeiss** (Erfurt).

20) **Geary Dyer** (Bingwood). **Erfolgreiche Kolotomie am 4. Tage nach der Geburt, am 18. Tage totaler Obstruktion.**

(Lancet 1889. September 14.)

Die Geburt bei der 35jährigen Ipara erfolgte spontan, nachdem vorher schon verschiedene Laxantien, Stuhl zu erzielen, umsonst gegeben worden. Rectalexploration zeigte den Mastdarm leer, an den gewöhnlichen Pforten keine Hernie. Am 13. Tage der Obstruktion Kothbrechen, hohe Rectaleingießungen erfolglos. Am 15. Tage in Konsultation; in tiefer Narkose den Arm bis zum Ellbogen ins Rectum eingeführt, das vollkommen leer. Einen Schlauch über die Flexur zu bringen, gelang nicht. Vom Sacrum her fühlte man einen Tumor auf den Darm drücken, ob derselbe abdominellen oder uterinen Ursprungs, blieb zweifelhaft. Am nächsten Tage linke Lumbarkolotomie mit Anlegung eines Anus praeternaturalis, worauf sich über 3 Nachttöpfe dünnflüssigen Kothes entleerten. Rasch wurden Puls und Temperatur normal. Am 14. Tage post operat. konnte Pat. das Zimmer verlassen. Morgens und Abends Verbandwechsel. Vermittels Holzkohle wird der Darminhalt vollständig geruchlos gehalten. Die Familiengeschichte lässt sehr stark Krebs befürchten, doch bis jetzt (Tag der Operation 8. April) zeigt der Tumor noch keine Volumenszunahme. **Herdegen** (Stuttgart).

21) Bar (Paris). Eine seltene auskultatorische Erscheinung.

(Révue obstétr. et gynécol. 1888. December.)

Die geburtshilfliche Auskultation, speciell die Diagnose des Lebens der Frucht aus dem Vorhandensein der fötalen Herztöne und umgekehrt begegnet den mannigfachsten Schwierigkeiten, als Hydramnios, Überdicke der mütterlichen Bauchdecken, Tumoren etc. B.'s Fall gliedert sich diesen an. Die zwei früheren Geburten einer 23jährigen Frau waren rechtzeitig und spontan erfolgt und beide Kinder leben noch. Jetzt dritte Schwangerschaft, 7. Monat; bisher gutes Befinden, seit Kurzem Appetitmangel, Kopfweh, Hitzegefühl. Magerer phthisischer Habitus, aber Nichts in pulm. Uterus von entsprechend normaler Ausdehnung; fötale Palpation leicht, erste Schädellage; Rücken der Uteruswand anliegend; lebhafte Kindsbewegungen, aber absolut keine kindlichen Herztöne zu hören; Uteringeräusch deutlich. Während einer ganzen Woche wurden die Untersuchungen mit demselben auffälligen, in Bezug auf Herztöne negativem Resultat fortgesetzt, dann begann eine Frühgeburt; 2800 g, der Zeit entsprechend entwickelt, ascitische Auftreibung des Abdomens; machte nur einige schnappende Athembewegungen, starb dann. Bei der Autopsie fand sich, dass das Herz in Folge des Ascites völlig fest an die vordere obere Thoraxwand angepresst war; die Dimensionen entsprachen nicht der sonstigen Entwicklung des Kindes. Die Herzhöhlen sehr klein, die Ventrikelwandungen außerordentlich verdickt; die Vorhöfe mit Blut gefüllt. Klappen normal. Verf. glaubt, dass diese Abnormitäten am Herzen, verbunden mit der hochgradigen Verdrängung des Organs durch die ascitische Flüssigkeit, eine abnorme Schwäche der Herztöne und so die Unmöglichkeit ihrer Wahrnehmung bewirkt haben, und fragt sich, ob solche Schwäche oder völliges Fehlen der kindlichen Herztöne bei günstigen palpatorischen Verhältnissen in fötaler Lage und Bauchdecken sich vielleicht zur Diagnose von fötalem Ascites verwerthen lasse?

Zeiss (Erfurt).

22) Berry Hart (Edinburg). Verbesserte Methode der Leitung der 3. Geburtsperiode.

(Edinb. med. journ. 1888. Oktober.)

H. glaubt (wie aus Referaten früherer Arbeiten von ihm ersichtlich ist), dass die Lösung der Nachgeburt nicht sowohl durch die Nachgeburtswehen, d. h. durch Verkleinerung der Fläche der Uterusinnenwand, woran die Placenta haftet, sondern im Gegentheil durch deren Vergrößerung bei der der Wehe folgenden Relaxation, einem Vorgange, dem die nunmehr mehr oder weniger blutleere Nachgeburt nicht mehr zu folgen im Stande sei. Auf diese Anschauung gründet sich seine »verbesserte Methode«.

Früher Anhänger der Credé'schen Methode, ging er wegen häufig folgender Blutungen und Retention von Eihautresten davon ab. Später kontrollirte er nur den Uterus mit der Hand; rieb, wenn es blutete, überließ dem Uterus die Lösung der Placenta und exprimirte sie erst, wenn er aus der Beschaffenheit des Uterus schließen zu dürfen glaubte, die Lösung sei erfolgt. (Leider ist nicht gesagt, welche Beschaffenheit, Größe, Gestalt oder was für ihn maßgebend war. Ref.) Die »verbesserte Methode« wendet Verf. an, seit er zu der Überzeugung gekommen ist, dass die Wehen überhaupt die Lösung der Nachgeburt gar nicht besorgen. Sie hat im Wesentlichen den Zweck, die wechselnden Kontraktions- und Retraktionszustände des Uterus nicht zu stören einerseits und die möglichste Blutleere der Nachgeburt andererseits. Verf. selbst fasst sie in folgenden Sätzen zusammen:

»1) Ist das Kind geboren, überzeuge man sich, dass der Fundus am oder wenig unter dem Nabel steht und nicht etwa ein zweites Kind enthält. Bei Multiparen applicire man, nach trägem Geburtsverlauf, eine Ergotininjektion. 2) Erst wenn das Kind tüchtig schreit, unterbinde man die Nabelschnur einmal. 3) Schneide an der placentalen Seite der Ligatur durch und lasse das placentale Ende völlig ausbluten. Bei etwa vorhandenem zweiten Kind ist natürlich sofort doppelt zu unterbinden. 4) Vor der ersten Ligatur muss eine Blutung ex atonia ausgeschlossen

sein. 5) Die Hand bleibt auf dem Fundus, thut nichts bei einer Wehe und sei einer möglichst völligen Relaxation nicht hinderlich. 6) Bei Blutung oder nur schwachen Wehen Kneten des Fundus. 7) Abwarten bis der Uterus sich verkleinert und man daraus sieht, dass die Nachgeburt gelöst und im Begriffe ist, ausgestoßen zu werden; dieses Ausstoßen kann dann durch »Expression« gefördert werden. 8) Ist die Placenta auf beschriebenen, natürlichem Wege gelöst, so genügt eine ganz leichte Hilfe, sie auszutreiben. **Zeiss** (Erfurt).

23) **Aleksenko.** Ovariotomie per rectum.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten 1889. No. 10. [Russisch.])

Die 25jährige Kranke, Schneiderin, hatte schon 3 Kinder gehabt. Die jetzige Schwangerschaft war normal verlaufen, die Wässer waren schon abgeflossen. Kopflage, unter dem Kopfe fühlt man eine apfelgroße runde, elastische Geschwulst. Nach 12 Stunden war der Muttermund trotz aller angewandten Mittel erst auf Zweifingerbreite geöffnet, 10 Stunden später bei noch immer sehr geringer Erweiterung des Muttermundes stieg die Temperatur bis auf 40°, starker Frostanfall. Noch 4 Stunden später wurde die Zange angelegt, obgleich der Muttermund noch lange nicht vollkommen erweitert war und ein 4550 g schwerer Knabe ausgezogen, welchen es nicht gelang zu beleben. Dabei fiel eine Geschwulst aus dem After vor.

Die Geschwulst war von der von vielen Extravasaten durchsetzten Schleimhaut des Mastdarms bedeckt; von ihr hing ein gänsefederkieldicker Strang nach rechts und oben. Der Stiel der Geschwulst wurde gleich nach Entfernung der Nachgeburt en masse in 2 Theilen unterbunden und abgeschnitten, der Stiel mit Katgut umnäht, mit Jodoform bestreut und zurückgebracht; der gerissene Damm ebenfalls genäht.

Die Nachgeburtsperiode war mit Endometritis komplicirt und die Kranke konnte erst nach einem Monat das Krankenhaus verlassen. Im Mastdarm blieb nur eine kleine Narbe zurück ohne Verengerung des Darmes.

Die Geschwulst erwies sich bei der Untersuchung als Dermoidcyste des Ovarium; ihre Oberfläche war mit gesunder Eierstocksubstanz und mit der Ampulla der Tube verwachsen, im Inneren fand sich Gewebe mit allen Bestandtheilen der Haut und ein zahnähnliches Knochenstück.

Verf. hält diesen Fall für sehr selten: denn er hat in der Litteratur nur die Fälle von Kluiskens, von Madame Lachapelle[1] erwähnt, und den Fall von Stocks[2] gefunden, wo der Vorfall indess chronisch war. In beiden Fällen wurde die Geschwulst nach Durchschneidung der Mastdarmhaut entfernt; in dem ersten Falle mit tödlichem Ausgang. **Reimann** (Kiew).

---

63. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Bremen, 15.—20. September 1890.

Die Vorbereitungen für die Sitzungen der Abtheilung No. 16 für ***Geburtshilfe und Gynäkologie*** *haben Dr. med.* ***Reuss*** *als einführender Vorsitzender, Breitenweg 53, und Dr. med.* ***Ed. Kulenkampff*** *als Schriftführer, Rutenstraße 7, übernommen. Vorträge und Demonstrationen sind, wenn möglich, vor Ende Mai bei den genannten Herren anzumelden.*

---

[1] Lachapelle Pratique des accouchements.
[2] Brit. med. journ. 1875. p. 487.

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 22. **Sonnabend, den 31. Mai.** **1890.**

Inhalt: I. **Roesger,** Isolirter Vorfall der Nabelschnur bei Zwillingsgeburt und doppelter Querlage der Früchte. — II. **Himmelfarb,** Zur Kasuistik der Scheidenverletzungen durch den Coitus. (Original-Mittheilungen.)

1) **Napier,** Neuralgie und Abort. — 2) **Bernheim,** 3) **Ungar,** Neue Lungenprobe. — 4) **Altmann,** Zellkern. — 5) **v. Velitz,** Flimmerepithel.

6) Gynäkologische Gesellschaft zu Berlin. — 7) **Diescher,** Bericht. — 8) **Laurencin,** Chlorose. — 9) **Pollacsek,** Ätiologie der Bartholinitis. — 10) **Polaillon,** Gefährlichkeit des Auswaschens des Peritoneum.

(Aus der geburtshilflichen Poliklinik zu Halle a/S.)

I. Isolirter Vorfall der Nabelschnur bei Zwillingsgeburt und doppelter Querlage der Früchte.

Von

Dr. P. Roesger,

Assistenzarzt an der königl. Universitätsfrauenklinik.

Im Folgenden theile ich mit gütiger Erlaubnis des Herrn Geheimrath Prof. Kaltenbach einen Fall aus der geburtshilflichen Poliklinik mit, der einen ganz eigenartigen Untersuchungsbefund bot durch gleichzeitiges Bestehen zweier bei Zwillingsgeburt recht seltener Komplikationen. Abgesehen von zwei kurzen Bemerkungen bei Spiegelberg[1] und Winckel[2] wurde bezüglich des Nabelschnurvorfalles speciell bei Zwillingen in der zugänglichen Litteratur nichts erwähnt gefunden.

Am 25. März 1890 1½ Stunde p. m. wurde von einer Hebamme ärztliche Hilfe requirirt wegen Nabelschnurvorfalles bei unbestimmbarer Kindeslage.

Wir fanden die Parturiens, eine 40jährige IXpara, deren frühere Geburten stets spontan verlaufen waren, am Ende der Eröffnungsperiode.

Es fand sich extern ein sehr großer Uterus, beiderseits den Rippenbogen berührend und auffallend breit, seine Wand war stark gespannt, der Inhalt aus-

[1] Spiegelberg, Lehrbuch der Geburtshilfe. II. Aufl. p. 589.
[2] Winckel, Lehrbuch der Geburtshilfe. p. 361.

gesprochen fluktuirend. Abgesehen von einem rundlichen, harten Theile links oben, welcher für einen (kleinen!) Kopf angesprochen wurde, war nirgends ein sicher bestimmbarer Kindestheil durchzufühlen; ebenso fiel die Auskultation der Herztöne negativ aus, so dass wir zur Stellung der Diagnose wesentlich auf die innere Untersuchung angewiesen waren.

In der Vagina lag eine große, kaum fühlbar pulsirende Nabelschnurschlinge, darüber fand sich der Muttermund vollständig erweitert und eingenommen von einer stehenden, prall gespannten Fruchtblase; die herabhängende Nabelschnur verlief außerhalb dieser Blase rechts und hinten nach dem Uteruscavum zu. Die weitere Untersuchung, im Interesse der Erhaltung der stehenden Blase sehr vorsichtig unternommen, ergab die Abwesenheit von Kindstheilen im kleinen Becken; über dem Beckeneingang wurden undeutlich zwei getrennte, größere weiche Theile rechts und links seitlich gefühlt.

Anamnestisch sei noch hinzugefügt, dass die Angaben über die letzten Menses unsicher waren; angeblich letzte typische Menstruation Anfang Juli 1889, darauf noch eine schwächere Blutung Anfang August 1889; starke Beschwerden (Schmerzen im Leibe, Oppressionsgefühl) seit Januar 1890. Wehen schon seit dem 20. März, Blasensprung am 25. März 1 Stunde p. m.

Die Diagnose wurde dahin gestellt, dass es sich um Zwillinge handele, dass die erste Fruchtblase gesprungen und durch den Riss derselben die zugehörige Nabelschnur prolabirt sei, worauf sich die zweite Blase in den Muttermund einstellte und so der Entwicklung der ersten Frucht (A) hemmend in den Weg trat. Keine von beiden Früchten lag in Schädellage, beide wahrscheinlich in Querlage und zwar die zu der prolabirten Nabelschnur gehörige Frucht A vermuthlich mit der Bauchseite nach abwärts; zudem war diese Frucht bedeutend gefährdet durch Kompression ihrer Nabelschnur seitens der stehenden Blase der Frucht B.

Zur weiteren Sicherung der Diagnose und eventuell sofort anzuschließender Operativhilfe wurde narkotisirt. Dann ging die linke Hand ein und folgte vorsichtig dem Verlaufe der vorgefallenen Nabelschnur nach rechts hinten oben.

Nach Passirung des Beckeneinganges fand sich in der stehenden Blase nach links das Beckenende der Frucht B, und zwar war der Steiß gegen die linke Darmbeinschaufel gerichtet; der Rücken sah nach links und vorn; die Fruchtachse verlief von links unten nach rechts oben.

Längs der Nabelschnur kam man an die Bauchseite der Frucht A, die nach dem Beckeneingang und etwas nach vorn gerichtet war (also der Rücken nach hinten und oben); Richtung der Fruchtachse von rechts unten nach links oben, Beckenende und im Knie gebeugte untere Extremitäten am mittleren Theile der rechten Darmbeinschaufel; es kreuzten sich also beide Fruchtachsen, B lag der vorderen, A der hinteren Uteruswand an, und die Bauchseite der Frucht B war der rechten Körperkante der Frucht A zugekehrt; nach dem Sprunge ihrer Blase war die Frucht A offenbar durch die zweite Blase nach hinten und oben verschoben worden.

Therapeutisch erschien es unbedingt indicirt, das zur prolabirten Nabelschnur gehörige Kind A sofort zu entwickeln; bei exspektativem Verhalten wäre vermuthlich nach Sprung der zweiten Blase Kind B aus Steißlage geboren worden und inzwischen das erstere Kind zufolge andauernder Kompression seiner Nabelschnur zu Grunde gegangen.

Es wurde daher unter Schonung der stehenden Blase das Kind A auf beide Füße gewendet und ohne erhebliche Schwierigkeiten sofort extrahirt; leicht asphyktisch, wurde es durch Hautreiz in wenigen Minuten zum Schreien gebracht.

Die zweite Frucht stellte sich wider Erwarten nicht in Steißlage ein, sondern fand sich nunmehr in II. Querlage (Kopf rechts, Steiß links seitlich, Rücken vorn). Deshalb wurde mit Ausnutzung der noch bestehenden Narkose unter Eingehen der rechten Hand die Blase gesprengt und Kind B ebenfalls auf beide Füße gewendet und sofort extrahirt. Es war, wie das erste, männlichen Geschlechts und schrie nach einigen Minuten von selbst. Beide Kinder waren nicht ganz ausgetragen; es hatte A 49 cm Länge, 32 cm Kopfumfang und 2900 g Gewicht; B 50 cm

Länge, 32 cm Kopfumfang und 3000 g Gewicht. Dabei waren beide lebensfrisch und schrien sehr kräftig.

Wegen großer Schlaffheit des Uterus und geringer Blutung aus demselben wurde eine Spritze Ergotin verabreicht.

25 Minuten post partum war die gelöste Nachgeburt aus dem Uterus in die Vagina getreten und wurde aus dieser durch leichten Druck auf den mit voller Hand umfassten Uterus entfernt. Die Placenta war einfach, die Eihäute (Amnion und Chorion) doppelt; am Septum der beiden Eiblasen waren Spuren etwaiger Decidua makroskopisch nicht nachzuweisen.

Interessant und für die Erklärung der Entstehung von Querlage bei Zwillingen im Allgemeinen nicht unwesentlich erschien uns bei der zuerst gefundenen Schräglage der sich mit den Längsachsen kreuzenden Früchte die später eingetretene ausgesprochene Querlage der zweiten Frucht. Beide Kinder lagen wohl ursprünglich, wie auch sonst in der Regel, in Längslage mit parallel gerichteten Längsachsen; erst durch den vorzeitig erfolgten Sprung der ersten Blase — bevor ein Theil des Kindes A ins kleine Becken eingetreten war — kam es wohl durch die gegenseitige Behinderung am Eintritt ins Becken zu der doppelten Abweichung von der Längslage, die sich dann nach der Extraktion der ersten Frucht in dem plötzlich halb entleerten Cavum uteri zu einer ausgesprochenen Querlage gestaltete.

Abschließend möchte ich nur noch darauf hinweisen, dass bei der an sich großen Seltenheit des Vorkommens von 2 Quer- resp. Schräglagen bei Zwillingen (0,47% aller Zwillingsgeburten nach Werth[3], noch weniger nach Spiegelberg, Zweifel und kleineren Reihen einiger anderer Autoren) der von uns beobachtete isolirte Prolaps einer Nabelschnur unter gleichzeitiger Einstellung der zweiten Fruchtblase einen einerseits gewiss ganz exceptionellen und andererseits für den Anfänger, wie ich an einem schon geübteren Praktikanten sah, recht verblüffenden Befund darbietet.

II. Zur Kasuistik der Scheidenverletzungen durch den Coitus.

Von

Dr. G. Himmelfarb,

Ordinator des städtischen Krankenhauses in Odessa.

Die traumatischen Scheidenrupturen entstehen meist während des Geburtsaktes; außerhalb desselben werden Zerreißungen und Verletzungen der Scheide verhältnismäßig sehr selten angetroffen, so z. B. nach einem Fall, wo man mit den Geschlechtstheilen auf scharfe Gegenstände stößt und letztere in die Vagina eindringen, oder auch nach einem zufälligen Eindringen resp. absichtlichen Einführen von Fremdkörpern in die Scheide.

Ob ein roh ausgeführter Coitus mit einer erwachsenen Frau, bei der die Geschlechtstheile normal entwickelt sind, zu ausgedehnten Vaginalverletzungen führen kann, ist eine Frage, die von den Autoren verneinend beantwortet wird. In der älteren Litteratur findet man einige Fälle von Verletzungen der Scheide sub coitu mit tödlichem Ausgang (Diemerbrock[1], Colombat[2], Meissner[3]), doch

---

[3] P. Müller, Handbuch der Geburtshilfe Bd. I. p. 456.

[1], [2], [3] F. L. Meissner, Die Frauenzimmerkrankheiten. Leipzig 1842. Bd. I. p. 461.

den modernen Autoren (v. Preuschen[4], Breisky[5], Slaviansky[6]) erscheinen diese Beobachtungen wohl fraglich. Sogar gerichtlich-medicinische Autoritäten (Hofmann[7], Maschka[8]) sind geneigt, die schweren Vaginalverletzungen, die man durch Gewaltthätigkeiten bei der Schändung von Kindern in einzelnen Fällen beobachtet, nicht als Folge des Coitusversuches selbst, sondern der denselben begleitenden rohen Manipulationen zu betrachten. Für unzweifelhaft gilt, dass bei seniler Schrumpfung der Scheide im höheren Alter unter gewissen Umständen mehr oder minder ausgebreitete Verletzungen durch den Coitus vorkommen können. Ich selbst habe vor 3 Jahren auf meiner Abtheilung im Odessaer städtischen Krankenhause eine kolossale Ruptur der hinteren Scheidenwand vom unteren Drittel bis zum Scheidengewölbe bei einer altersschwachen Frau beobachtet, welche drei Schufte nach einander geschändet hatten. In solchen Fällen ist die Entstehung der Ruptur leicht begreiflich, da mit der senilen Involution der Genitalien die Scheide in Länge und Breite schrumpft, der Gewölbtheil sich besonders auffallend verengt, die Schleimhaut atrophirt und die ganze Vagina sich in eine enge fibröse Röhre verwandelt. Ganz anders verhält es sich aber bei jungen Frauen mit normal entwickelten Geschlechtsorganen, deren Vagina bekanntlich eine große Elasticität und Dehnbarkeit besitzt; hier ist die Entstehung eines Risses oder größerer Verletzungen sub coitu in der That sehr schwer zu verstehen. Doch sind in der letzten Zeit 2 Fälle beschrieben worden (Zeiss[9], Frank[10]), die die Möglichkeit einer Ruptur der oberen Scheidentheile während des Beischlafes beweisen.

Angesichts dieser so armen Kasuistik der Vaginalverletzungen durch den Coitus erlaube ich mir einen Fall zu beschreiben, der auch in manch anderer Beziehung Interesse bietet.

Am 5. November 1889 ist in meine Abtheilung eine aus dem Podol'schen Gouvernement zugereiste junge, 24jährige Soldatenfrau eingetreten, die über Schmerzen in der unteren Bauchgegend und am Rücken, über Blutungen aus den Geschlechtstheilen, Kopfschmerz, Ohrensausen, allgemeine Schwäche und Fieber klagte. — Bis in die letzte Zeit (6 Wochen vor Eintritt ins Hospital) soll Pat. stets gesund gewesen sein, habe regelmäßig menstruirt. Vor 6 Wochen wäre sie plötzlich nach dem ersten Coitus an Blutungen aus den Geschlechtsorganen, Schmerzen in der unteren Bauchgegend und schmerzhaftem Urinlassen erkrankt. Von jener Zeit an bestehe die Blutung aus den Geschlechtstheilen immer fort. Trotzdem, trotz sogar der unerträglichen Schmerzen, habe ihr Gatte den Beischlaf mit ihr nicht unterlassen. Vor einer Woche sollen sich die Schmerzen in der Unterleibsgegend gesteigert haben; es gesellte sich Fieber mit Schüttelfrösten hinzu und einen Tag vor dem Eintreten ins Spital habe sie mehrmals erbrochen.

---

[4] Eulenburg's Real-Encyklop. der ges. Heilkunde 1883. Bd. XIV. p. 375.

[5] A. Breisky, Die Krankheiten der Vagina. Stuttgart 1886. p. 89.

[6] C. Slaviansky, Spec. Pathol. und Therap. der Frauenkrankheiten. St. Petersburg 1888. p. 147. (Russisch.)

[7] E. Hofmann, Lehrbuch der gerichtl. Medicin. Wien 1877.

[8] Maschka, Handbuch der gerichtl. Medicin. Tübingen 1882. Bd. III. p. 164.

[9] Zeiss, Centralbl. f. Gynäkol. 1885. No. 13.

[10] Frank, Wiener med. Presse 1889. No. 49.

Die Kranke ist kräftig gebaut, gut genährt, macht aber trotzdem den Eindruck einer schwerkranken Person. Die Temperatur ist am Tage der Aufnahme 36,8° Mittags und 39,0° Abends. Appetit schlecht, Durst gesteigert, Zunge belegt. Stuhl regelmäßig. Der Urin wird oft gelassen und verursacht Schmerzen. Der Leib ist etwas aufgetrieben und schmerzhaft in der hypogastrischen Gegend, besonders links. Der Puls ist frequent, mittelvoll. In den Lungen zerstreute trockene und feuchte Rasselgeräusche. Die Umgebung der Urethra und des Scheideneinganges erscheinen geröthet. Aus der Scheide wird in Zersetzung begriffenes, stinkendes, dunkelfarbiges Blut entleert. An der Grenze zwischen mittlerem und oberem Vaginaldrittel, an der Stelle, wo die hintere Wandung in die linke Seitenwand übergeht, fühlt man mit dem Finger einen Defekt der Schleimhaut von der Größe eines Markstücks; der Rand des Defektes ist mehr oder weniger glatt, der Grund aber ist zerfetzt. Vom oberen Rande des Defektes zum unteren zieht durch die Mitte desselben ein nicht gerade sehr dicker Strang. Ein zweiter kleinerer Defekt der Schleimhaut befindet sich in dem obersten Abschnitte des hinteren Scheidengewölbes; die Ränder sowohl wie der Grund dieses Defektes erscheinen zerfetzt. Die Vaginalportion wird sehr undeutlich gefühlt. Sämmtliche Scheidengewölbe, besonders aber das linke, sind resistent und äußerst schmerzhaft. Dieser Umstand, so wie auch die intensiven Schmerzen in der unteren Bauchgegend gestatten keine ausführliche Untersuchung der inneren Geschlechtsorgane. Bei einer Untersuchung der Scheide mittels der Sims'schen Spiegel erscheinen die erwähnten Defekte als Vertiefungen von unregelmäßiger Form, die von zersetzten Blutgerinnseln und stinkendem Eiter bedeckt sind.

Gründliche Ausspülung der Vagina mit einer Thymollösung und Tamponade mit Jodoformgaze. Eisbeutel auf die untere Bauchgegend. Opium und Wein innerlich.

Während der darauf folgenden 10 Tage verschlimmerte sich der Zustand der Kranken immer mehr und mehr. Das Fieber war sehr unregelmäßig; täglich mehrere Schüttelfröste mit Steigung der Temperatur bis 40,0°—41,0° und profusen Schweißen. Trotz täglicher Desinfektion der Scheide mit darauf folgender Tamponade mit Jodoformgaze hörte die Ausscheidung der jauchigen Flüssigkeit nicht auf. Am 11. Tage starb die Kranke unter den Erscheinungen einer Herzparalyse.

Die klinische Diagnose lautete: Rupturae vaginae, Para- et Perimetritis acuta, Pyaemia consecutiva. Sektion ausgeführt vom Prosektor Dr. Chentzinsky. (Ich theile hier das Sektionsprotokoll im Auszuge mit.) Aus der Pleurahöhle wird je ein Glas ichorösen Eiters entleert. In beiden Lungen eine große Menge von kleinen Abscessen. Herz ohne Veränderungen. Die Milz ist etwa um das Dreifache vergrößert, von dunkler, schieferähnlicher Farbe.

Die seröse Hülle der Harnblase ist von einer zarten, schmutzig fibrinösen Membran bedeckt. Die Schleimhaut der Vagina ist grau gefärbt, von einer schmutziggelben Membran und von Blutgerinnseln bedeckt; an der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel, an der Stelle, wo die hintere Wandung in die seitliche linke übergeht, befindet sich ein Defekt von der Größe eines Markstücks, an deren Mitte vom oberen Rande zum unteren ein etwa $^1/_2$ cm dicker Strang zieht. Am linken Theil des hinteren Scheidengewölbes ist ebenfalls ein Defekt von der Größe einer Zwanzigpfennigmünze mit erweichtem, von Blut durchtränktem Grund zu konstatiren. Beide Öffnungen führen in das Zellgewebe des linken Parametriums. Der Uterus ist an Umfang vergrößert; die Vaginalportion geschwellt und saftig. Im Parenchym der vorderen Lippe des supravaginalen Theils der Gebärmutter befindet sich eine walnussgroße, mit schmutzigem ichorösem Eiter gefüllte Höhle; der Gebärmutterkörper ist ödematös; seine Höhle ist erweitert, die Schleimhaut geschwellt, dunkel gefärbt. Die vordere Wand der Harnblase ist verdickt, das Zellgewebe zwischen derselben und der serösen Hülle ist von Blut durchtränkt.

Wir haben also vor uns einen Fall von traumatischer Verletzung der Scheide mit consecutiver Infektion der Wunden, ichorösem Zerfall des Zellgewebes und Pyämie. Es unterliegt keinem Zweifel,

dass der Ausgangspunkt sämmtlicher beschriebenen anatomischen Veränderungen die Verletzungen der Scheide waren. Wodurch sind aber die letzteren verursacht worden? War wirklich der Coitus die Ursache der Verletzungen, wie die Kranke es aufs Bestimmteste behauptete? Gewiss muss man solche Behauptungen cum grano salis annehmen, denn Kranke mit Vaginalrupturen verheimlichen sehr oft hartnäckig die Ursache ihres Leidens, welches sie einem angeblich stattgehabten Coitus zuschreiben. Doch, da wir in unserem Falle, bei ziemlich engem Scheideneingang, keine Verletzungen der äußeren Geschlechtstheile konstatiren konnten, so glauben wir annehmen zu dürfen, dass die oben beschriebenen Scheidenrupturen nicht anders, als durch den Coitus entstanden sein konnten.

---

1) **A. D. Leith Napier** (London). Die Beziehungen zwischen Neuralgie und Abort.

(Edinb. med. journ. 1889. Februar.)

Verf. nimmt das Wesentliche seiner »klinisch-spekulativen« Mittheilung selbst in folgende Sätze zusammen: Neuralgien und Abort treffen häufig mit einander auf. Neuralgien vom Uterus weit entfernter cerebraler oder spinaler Gebiete treten bei manchen Formen habituellen Aborts fast typisch als erstes Symptom auf. Gelingt es, in solchen Fällen den neuralgischen Anfall zu unterdrücken, so darf man hoffen den drohenden Abort hintanzuhalten, ja den schon beginnenden rückgängig zu machen. Neben rheumatischer Beanlagung, führt besonders Anämie, Dyspepsie mit folgender schlechter Allgemeinernährung, Fettsucht und Plethora gern zu Neuralgien. Der Tod der Frucht ist zuweilen Ursache, zuweilen erst die Wirkung der reflektorischen Reizung und neuralgischer Schmerzen. Akute Neuralgie in der Schwangerschaft beeinträchtigt durchaus nicht immer den normalen weiteren Verlauf. Wird eine schwere cerebrale oder spinale Neuralgie beseitigt, so lassen dann die Wehen und die Ausstoßung der Frucht, auch wenn letztere schon abgestorben ist, oft Tage, ja Wochen auf sich warten. Die häufigst afficirten Nerven sind der Trigeminus und Occipitalis und die Cervicalnerven; weniger häufig die Bronchiales, Intercostales, Lumbar- und Sacralnerven. Akute Magenstörungen, Gastrodynia, oft verbunden mit Salivation und dauerndem Übelsein und Depression, geht nicht selten einer akuten Neuralgie voraus, welch letztere dann wieder zu Uteruskontraktionen und Abort führt.

Die Neuralgien trennen sich in der Schwangerschaft nach Verf. Ansicht am zweckmäßigsten in örtliche und allgemeine. Während die ersteren, wie Zahncaries, oder in Rectum, Blase oder durch Beckendruck entstandene, selten reflektorisch das Uterusnervensystem bis zur Erregung von Wehen etc. beeinflussen, verursachen die auf allgemeinen Ursachen beruhenden Neurosen dieses Ereignis viel häufiger, durch Lähmung des Hemmungscentrums;

hierher gehört z. B. die Häufigkeit der Aborte bei Frauen mit rheumatischer Diathese.

Die zu ziehenden therapeutischen Schlüsse ergeben sich hieraus von selbst. **Zeiss** (Erfurt).

---

2) **H. Bernheim** (Würzburg). Eine neue Lungenathemprobe der Neugeborenen auf volumetrischem Wege.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 43.)

B. giebt einen kleinen Apparat (Pyknometer) an, mittels dessen das genaue, specifische Gewicht einer Lunge gefunden und in Zahlen ausgedrückt werden kann. Es besteht aus einem Recipienten, welcher 100 ccm Wasser in aufrechter Stellung fasst und an der Seite eine mit eingeschliffenem Glasstöpsel verschließbare Öffnung trägt. Oben läuft der beckenartige Recipient in eine Glasröhre aus, welche an ihrem Ende ebenfalls mittels eines luftdicht schließenden Glasstöpsels verschlossen ist. Sie trägt eine in zehntel Kubikcentimeter getheilte Skala.

Mit 100 ccm Wasser gefüllt wird das Instrument frei in der Luft um 90° gedreht und nun ein Lungenstückchen von 2—4 g Gewicht durch die seitliche Öffnung in den Recipienten eingeführt, letzterer daraus wieder um 90° zurückgedreht und auf den Tisch gestellt. Durch das Lungenstück wird jetzt ein seinem Gewicht entsprechender Theil Wasser aus dem Recipienten in die Röhre gedrängt, an deren Skala man die Höhe des Standpunktes desselben, also in Kubikcentimeter das Volum der verdrängten Wassermenge ablesen kann. Die gefundene Zahl nennt B. die Verdrängungszahl. Das specifische Gewicht der Lunge ergiebt sich durch Division des Gewichtes des Lungenstückes durch die Verdrängungszahl. Durch zahlreiche Untersuchungen fand B. nach dieser Methode eine ganz konstante Größe für das specifische Gewicht der fötalen und der geathmet habenden Lunge des Neugeborenen, für letztere 0,8, für erstere 1,1.

Bei faulem Material darf eben so wie bei der Schwimmprobe die Vorsichtsmaßregel nicht unterlassen werden, etwaige subpleurale Gasblasen anzustechen. Ein specifisches Gewicht der Lunge von 0,8 würde also ein Beweis sein, dass das Kind geathmet, ein solches von 1,1, dass es nicht geathmet hat. **Graefe** (Halle a/S.).

---

3) **Ungar** (Bonn). Die Beweiskraft und Verwerthbarkeit der Bernheim'schen »neuen Lungenathemprobe der Neugeborenen auf volumetrischem Wege«.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 49.)

U. bestreitet, dass das specifische Gewicht einer Lunge, die geathmet, stets 0,8 betrage, da der Luftgehalt einer solchen ein sehr verschiedener sein könne, wie ja die Lungenschwimmprobe beweise. Je nach dem Luftgehalt schwimmen Lungenstückchen mit einem

größeren oder kleineren Theil das Wasser überragend, nur oben an dem Wasserspiegel, ja sogar etwas unter demselben. Natürlich ist das specifische Gewicht dieser Lungenstückchen ein verschiedenes; das des letzten braucht nur um ein weniges geringer zu sein als das des Wassers. Die Probe auf volumetrischem Wege lässt hier also im Stich; die alte Schwimmprobe dagegen nicht.

U. nimmt an, dass Bernheim seine konstanten Größen, 0,8 und 1,1 dem Umstand danke, dass er nur mit Lungen gearbeitet habe, welche entweder vollkommen lufthaltig oder gar nicht lufthaltig waren. Er macht ferner darauf aufmerksam, dass das Anstechen subpleuraler Fäulnisblasen nicht, wie dies B. anzunehmen scheine, genüge, um alle Bedenken, welche sich der Verwerthung der hydrostatischen Lungenprobe, aber auch aus gleichen Gründen der volumetrischen entgegenstellen, aus dem Wege zu räumen. Schließlich weist er die Unzuverlässigkeit der neuen Probe durch von ihm angestellte Experimente nach. **Graefe** (Halle a/S.).

---

4) **Altmann** (Leipzig). Die Struktur des Zellkerns.

(Archiv für Anat. u. Phys. 1889. Hft. 5 u. 6. Anatom. Abth.)

Schon früher äußerte sich Verf. dahin, dass der Zellenkern eben so wie der Zellenleib aus einem Multiplum von Granulis bestehen dürfte. In obiger Arbeit bestätigt Verf. durch Facta diese Vermuthung. Bei Anwendung von Osmium und nachheriger Färbung mit Cyanin zeigte sich der Kern als ein dichter Haufen violett gefärbter Körnchen, während die übrigen Zellenbestandtheile farblos oder schwach gefärbt bleiben. Charakteristisch für den Nucleolus ist der Umstand, dass er in einer oft sichtlich stärkeren Anhäufung der Interglandularsubstanz des Kernes eingebettet liegt und doch erst von dieser Anhäufung die Netzbildung der Interglandularsubstanz ausgeht. Verf. scheint diese netzförmige Interglandularsubstanz nicht homogen zu sein, sondern aus noch kleineren zu Fädchen an einander gereihten Elementen zu bestehen. Was mit den kleinen Elementen des Zellkerns bei beginnender Theilung des Zellkerns geschieht, darüber müssen weitere Untersuchungen angestellt werden. Verf. hat schon vor drei Jahren die Ansicht ausgesprochen, dass bei beginnender Theilung diese Elemente wohl eine Konjugation eingehen, welche in den groben Fadenknäueln und den Chromatintheilen der Äquatorialplatte das Höhestadium erreicht, um hierauf durch wieder eintretende Spaltung und Theilung zu dem ursprünglichen Zustand zurückzukehren. Gegenüber den gewöhnlichen Kernfärbungsmitteln erscheine die Interglandularsubstanz des Kernes chromatophil, während die Kerngranula selbst sich gegen jene Farbstoffe durchaus resistent verhalten.

Durch den höchst interessanten Nachweis von den Granulis des Kernes hat uns Prof. Altmann die letzten Formelemente der lebenden Substanz dem Auge zugänglich gemacht!

v. Święcicki (Posen).

---

5) v. Velitz (Budapest). Beiträge zur Histologie und Genese der Flimmerpapillärkystome des Eierstocks.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1889. Bd. XVII. Hft. 2.)

In der Vorrede zur obigen Arbeit macht Prof. Tauffer darauf aufmerksam, dass das Peritoneum bei Vorhandensein einer proliferirenden Papillargeschwulst selbst bei intakter Geschwulstoberfläche erkranken kann, dass es aber auch Fälle giebt, in denen das Peritoneum trotz der Berührung mit dem Cysteninhalt längere Zeit gesund bleibt. Um die Ursache dieser Erscheinung näher kennen zu lernen, untersuchte Verf. genau neun papilläre Kystome, welche er »Flimmerpapillärkystome« bezeichnet. Seine Untersuchungen gingen dahin, die Flimmerpapillärkystome von den übrigen Kystomen zu sondern und gleichzeitig auch, ihre Genese zu beleuchten. Die in der Anstalt des Prof. Babes angestellten histologischen Untersuchungen ergaben, dass der Ausgangspunkt der Papillenbildung durch Gefäßsprossen gebildet wird, welche aus dem unter der Epitheldecke liegenden dichten Blut- und Lymphgefäßkapillarnetz hervorsprießen. Indem sie sich zwischen einzelne Epithelzelte hineindrängen, regen sie dieselben zur lebhaften Vermehrung an. Das Epithel der Cystengeschwülste des Eierstocks vermehrt sich durch indirekte Kerntheilung. Die Spaltung geht parallel mit der Längsachse vor sich und das Cylinderepithel zerfällt dadurch wiederum in zwei Epithelien. Desshalb können auch die Epithelien während ihrer Vermehrung einschichtig bleiben. Verf. erachtet das »Flimmerpapillärkystom« unter den Eierstocksgeschwülsten als eine von den gewöhnlichen glandulären Kystomen unabhängige selbständige Art. Mit dem gewöhnlichen glandulären Kystom bildet das Flimmerpapillärkystom nie eine Mischform. Außer dem Flimmerpapillarkystom gebe es noch eine andere papilläre Cystengeschwulst: das papilläre Kystom, welchem, da es mit dem gewöhnlichen glandulären Kystom übereinstimmt, in Gemeinschaft mit diesem der Name: Colloidkystom gebühre. Das glanduläre und das papilläre Kystom bilden unter einander oft die sogenannte Mischform. Die Flimmerpapillärkystome bringen als solche Metastasen hervor und treten als Cystadenomherde in den verschiedenen Organen auf. Diese Metastasen nehmen zugleich die Anlage mit sich, d. h. auch das krebsig entartete Flimmerpapillärkystom könne Cystadenommetastasen verursachen, welche jedoch nach einer gewissen latenten Periode ebenfalls krebsig entarten kann. Bisweilen ist das Flimmerpapillärkystom mit Dermoid kombinirt. An einem Flimmerpapillärkystom eines linksseitigen Eierstocks konnte Verf. die Anfangsstadien des Flimmerpapillärkystoms deutlicht beobachten. Er fand in der hydropischen Entartung der Graaf'schen Follikel deutlich die für das Flimmerpapillärkystom wichtigen charakteristischen Flimmerepithelien und Psammomkörperchen. Nach Ansicht des Verf. nimmt das Flimmerpapillärkystom seinen Ursprung aus dem Graaf'schen Follikel.

v. Święcicki (Posen).

Kasuistik.

6) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Freitag, den 25. April 1890.

Vorsitzender: Herr Olshausen; Schriftführer: A. Martin.

Nachdem der Vorsitzende die Austrittserklärung des Herrn Heinrich verlesen, werden die Herren Krukenberg, Gördes, Menge, Mackenrodt und Schottländer zu ordentlichen Mitgliedern gewählt.

I. Herr P. Ruge führt der Gesellschaft das Kind vor, welches er vor ungefähr 2 Monaten durch den Kaiserschnitt entwickelt hat. Dasselbe gedeiht vorzüglich bei Ernährung durch die Flasche. Die nähere Mittheilung des Falles wird Herr P. Ruge in einer der nächsten Sitzungen geben.

II. Herr P. Ruge hält den angekündigten Vortrag: Beitrag zur Chirurgie der Nieren und des Pankreas.

Der Vortr. berichtet über einen Fall von mannskopfgroßer rechtsseitiger Hydronephrose, die er durch die Laparotomie auf Grund der vorher gestellten Diagnose entfernt hat. Die Operation war auffallend leicht. Die Heilung erfolgte glatt. — Der Umstand, dass die Operation wider Erwarten leicht war, veranlasste Herrn P. R., an der Leiche Versuche über die Exstirpation normaler Nieren durch die Laparotomie anzustellen. Er überzeugte sich, dass diese Operation keine Schwierigkeiten böte und richtet in Folge dessen namentlich an die Herren Chirurgen die Aufforderung, die Entfernung der Nieren und ihrer Geschwülste, auch der kleineren, öfter von der Bauchhöhle aus vorzunehmen, als es bisher geschehen. Er schildert die anatomischen Verhältnisse über die Lage der Nieren und die Vorzüge, die die intraperitoneale Methode vor der extraperitonealen hat.

Im Anschluss hieran berichtet der Vortr. über seine Beobachtungen, die er bezüglich des Pankreas und der Exstirpation des Pankreas an der Leiche angestellt hat. Während die operative Entfernung der Nieren verhältnismäßig leicht ist, gehört die Entfernung des Pankreas zu den schwierigsten und gefahrvollsten Operationen. Es liegen neben dem Pankreas viele Nerven und große Gefäße, die kaum zu umgehen sind, und für die es nach ihrer Durchschneidung keine Collateralbahnen giebt (A. lienalis, Vena lienalis, A. hepatica, A. mesenterica sup. und inf. und die dazu gehörigen Venen).

(Die Mittheilung wird ausführlich in der Deutschen medicinischen Wochenschrift, S. Guttmann, veröffentlicht.)

Diskussion. Herr Bokelmann berichtet zunächst über den weiteren Verlauf der Nephrotomie und doppelseitigen Ovariotomie, von welcher er am 28. Februar d. J. der Gesellschaft die gewonnenen Präparate demonstrirte.

Die Pat. machte zunächst eine glatte Rekonvalescenz durch. Der unmittelbar nach der Operation frequente und kleine Puls besserte sich bald, die Temperatur blieb stets völlig normal, höchste Abendtemperatur 37,6, keinerlei Störungen in der Urinentleerung. Dagegen stellte sich nach wenigen Tagen bereits wieder freier Bauchhöhlenerguss ein, der zeitweilig in ziemlicher Menge aus der übrigens primär heilenden Bauchwunde aussickerte. Am 12. Tage nach der Operation trat dann plötzlich Blutbrechen ein, das sich, verbunden mit blutigen Diarrhoen, mehrfach wiederholte, und durch die Annahme einer krebsigen Entartung im Verlauf des Magendarmtractus die Prognose höchst ungünstig erscheinen ließ. Als jedoch nach einigen Tagen die genannten Erscheinungen nachließen, zeigte sich, dass mit ihnen auch der neu entstandene Ascites völlig verschwunden war, und so konnte Pat. am 23. Tage bei relativ gutem Wohlbefinden entlassen werden.

Was nun die Operationsmethode anbetrifft, so möchte B. nach dieser einen Erfahrung Herrn Ruge darin beistimmen, dass bei der Operation cystischer Nierentumoren die Laparotomie in der Regel vorzuziehen ist. In seinem Falle war übrigens das den Tumor begleitende Peritoneum so dünn, dass die Entfernung der Niere ohne Verletzung desselben kaum denkbar gewesen wäre. Die Hauptschwierig-

hat bildete die sichere Versorgung des Stieles, seiner außerordentlichen Kürze wegen.

Betreffs der Ätiologie seines Falles hält es B. für wahrscheinlich, dass das linkseitige, das kleine Becken völlig ausfüllende Ovarialcarcinom durch Kompression des Ureters, dessen nähere Verhältnisse sich leider nicht eruiren ließen, die Veranlassung zur Entstehung der Hydronephrose bildete.

Herr Düvelius berichtet über einen Nierentumor, den er in Vertretung des Herrn Martin zu behandeln Gelegenheit hatte. Bei der Laparotomie stellte sich heraus, dass es sich um einen rechtsseitigen malignen Nierentumor handelte, was durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt wurde. Besonders an der hinteren Fläche war die Geschwulst vielfach mit der Umgebung derart verwachsen, dass eine völlige Entfernung nicht gelang. Die Pat. starb am 10. Tage nach der Operation. Bei der Obduktion fand sich eine nicht unbeträchtliche Eiterung in der Gegend, wo die Geschwulst ihren Sitz gehabt hatte. Er empfiehlt desshalb für die Fälle von Nierenexstirpationen, wo sich nicht alles erkrankte Gewebe beseitigen lässt, die Drainage nach hinten an die Laparotomie anzuschließen.

A. Martin hat mit besonderem Interesse die Mittheilung des Herrn Vortr. vernommen; der Fall selbst ähnelt vollständig dem in der Sitzung am 15. December 1889 von ihm vorgestellten.

A. Martin hat seine sämmtlichen Nierenexstirpationen (16) bis jetzt von einem Bauchschnitt aus durchgeführt. Danach kann er allerdings der von dem Herrn Vortr. betonten Leichtigkeit dieses Verfahrens nur mit Einschränkung beistimmen. Gelegentlich hat sich die Nierenexstirpation auch auf diesem Wege als außerordentlich schwierig erwiesen, besonders bei malignen Neubildungen des Organs. Nach Auffassung von A. M. sind die Chirurgen besonders für diejenigen Fälle für die sogenannte lumbale Methode eingenommen, in denen es sich um Pyelitis und ähnliche Processe handelt, bei denen die Besorgnis nahe gelegt ist, dass Eiter in die Bauchhöhle gelangen könnte. Für Geschwulstbildungen dürften auch die Chirurgen je nach der Größe der Neubildung einen anderen als den abdominalen nicht wählen können. A. Martin ist zu seinem Bedauern bei den auf dem letzten Chirurgenkongress gepflogenen Verhandlungen über die Nierenoperationen nicht zugegen gewesen, sonst würde er besonders den Fall einer von ihm vor 8 Jahren ausgeführten Exstirpation einer primär tuberkulös erkrankten Niere erwähnt haben. Pat. hat sich unter entsprechender sorgfältiger Pflege (Aufenthalt im Süden und in geschlossenen Anstalten) vollkommen erholt und ist als völlig genesen auch von ihrer Tuberkulose zu bezeichnen.

Die anatomischen Betrachtungen über das Pankreas, welche der Herr Vortr. seiner Mittheilung über Nierenoperationen angefügt, decken sich nicht ganz mit dem Befunde, welchen A. Martin bei dem von Herrn Ruge citirten Vortrage (14. Februar 1890) erwähnte. Jedenfalls bestehen öfters Abweichungen bezüglich des Gefäßverlaufes. Bei der von A. Martin operirten Cyste fand sich die große Arteria lienalis auf der oberen, die kolossal entwickelte Vena lienalis auf der unteren Seite der Geschwulst, ein Verhalten, wie er es bei Durchsicht der einschlägigen Litteratur auch schon anderweit beobachtet gelesen hat. Mit Befremden hat A. Martin gehört, dass seine Mittheilung den Eindruck gemacht hat, als halte er die Pankreascystenoperationen für leicht. Ganz im Gegentheil hat er die Schwere der Verantwortung bei solchen Operationen in der Nähe so großer Gefäße und Nervengebiete voll empfunden und zum Ausdruck bringen wollen, ohne aber es für nöthig zu erachten, diesen Punkt des Weiteren zu erörtern. Die von Herrn Ruge ausgeführte Idee, die Pankreascysten vom Schwanzende anzugreifen, dürfte in praxi, so selten sich überhaupt derartige Geschwülste bieten, dadurch auf Schwierigkeiten stoßen, dass in der Mehrzahl der Fälle, ja in fast allen, bis auf den Martin'schen sichergestellten Fall, nicht das Schwanzende, sondern der Kopf des Pankreas Sitz der Erkrankung ist. Diese häufigste Form von Pankreasgeschwülsten hält auch A. Martin vorläufig noch wesentlich für die Fistelanlegung geeignet, nach den klar definirten Vorschlägen des Herrn E. Küster, wie er auch in seinem Vortrag ausgeführt hat.

Herr Olshausen sieht die Ursache für die Bevorzugung des Lumbarschnittes für die Nierenexstirpation durch die Chirurgen darin, dass diesen auch heute noch die Eröffnung des Peritoneum als besonders gefährlich erscheint. Für die eiterhaltigen Fälle mag das wohl gerechtfertigt sein; es bleibe dahingestellt, ob es für Geschwulstbildungen das günstigere Verfahren ist. Herr O. hat in den beiden jüngst der Gesellschaft vorgelegten Fällen von Nierenexstirpation (Operationen, welche er übrigens nur unter ganz besonderen Voraussetzungen als in sein Gebiet fallend anerkennt), in denen er ein Carcinom der Nebenniere und ein Lipom entfernte, die Ausschälung der Geschwülste leicht ausführen können.

Herr Borchert kann dem Herrn Vortr. darin nicht beipflichten, dass der extraperitoneale Schnitt nicht genügend Raum gewähre, um die Entfernung auch größerer Nierentumoren in sicherer Weise zu gestatten. Freilich war der einfache lumbale Längsschnitt Simon's in dieser Beziehung unzureichend, aber durch Verbindung dieses Schnittes mit einem quer gegen die Linea alba verlaufenden oder durch eine große transversale Incision ist man sehr wohl im Stande, selbst große Nierentumoren nicht nur an ihrer hinteren, sondern auch an der vorderen Fläche unter Kontrolle des Auges auszuschälen und die Gefäße des Hilus eben so sicher zu unterbinden, wie von der eröffneten Bauchhöhle aus. Die im Verhältnis zu früher sehr günstigen Resultate, die mittels der extraperitonealen Methode in den letzten Jahren erzielt worden sind, haben die meisten Chirurgen bestimmt, sich ausschließlich dieser Methode zu bedienen bei Entfernung der erkrankten Niere, selbst in den Fällen, wo es sich um bewegliche Geschwülste handelt, die auf den ersten Blick der Laparotomie zugänglicher zu sein scheinen. Die große Statistik von Groß aus dem Jahre 1885 spricht gleichfalls zu Gunsten der extraperitonealen Methode und es ist nach den Veröffentlichungen der letzten Jahre nicht wahrscheinlich, dass das Resultat einer neuen vergleichenden Zusammenstellung sich zu Gunsten der intraparietalen Methode verschieben sollte, selbst wenn man nur die Fälle solider Tumoren zum Vergleich heranziehen würde, bei denen die Laparotomie noch am ehesten der extraperitonealen Methode das Feld streitig machen könnte.

Herr Olshausen erwiedert, dass er durchaus nicht die lumbare Methode als besonders schwierig habe hinstellen wollen. Übrigens werde bei verbesserter Antiseptik doch die abdominale Methode jetzt wohl auch bessere Resultate geben als früher. Für größere Tumoren gehöre der letzteren jedenfalls die Zukunft.

Herr Paul Ruge: Herrn A. Martin möchte ich zunächst bemerken, dass ich in einigen Punkten entschieden missverstanden bin. Die Vena lienalis liegt, wie ich sagte, dicht unterhalb der Arteria lienalis, und zwar schon hinter dem Pankreas, gehört also auch zu den Gefäßen, die bei der Entfernung des Pankreas von verhängnisvoller Bedeutung sind. — Ferner bemerke ich, dass ich mich über die pathologische Anatomie der Pankreascysten nicht weiter verbreitet habe. Ich habe nur hervorgehoben, dass die benachbarten Nerven und Gefäße dazu zwingen, mit der Exstirpation des Pankreas, seiner Geschwülste und auch der Cysten vorsichtig zu sein. Ich habe diese Auseinandersetzung besonders deshalb gemacht, weil ich, und wahrscheinlich auch Andere, nach Martin's Vortrag den Eindruck bekam, als wenn die Entfernung von Pankreascysten keine besonderen Schwierigkeiten böte. Gerade dieser Eindruck veranlasste mich, mir das Pankreas einmal an der Leiche etwas näher anzusehen und alsdann meine heutigen Bemerkungen zu machen, nachdem ich mich überzeugt hatte, dass die Pankreasoperationen sehr gefährlich sind. Wenn ich nun sagte, dass man, falls man gezwungen ist, ein Pankreas zu operiren, vom Schwanztheil her die Ablösung beginnen soll, so ist diese Bemerkung die Folge von meinen Eindrücken, die ich an der Leiche erhielt. Man wird wahrscheinlich so die Gefäße besser zu Gesicht bekommen und sie besser vermeiden können. Dass die Blutgefäße, die neben dem Pankreas liegen, sich bei Geschwulstbildungen verschieben können, ist klar, eben so dass es gelegentlich unmöglich sein kann, eine bestimmte Operationsmethode inne zu halten. Mein Vorschlag bezieht sich nur auf die eventuellen Fälle, in denen es möglich ist, nach einem bestimmten Plan vorzugehen.

Wenn Herr A. Martin berichtet, dass unter seinen Fällen von Nierenexstirpationen einige recht schwierige gewesen seien, so steht dies gar nicht im Widerspruch mit meiner Mittheilung. Es ist absolut klar, dass nach Entzündungen oder bei bösartigen Geschwulstbildungen die Verbindung mit den Nachbargeweben eine sehr feste sein kann, eben so dass unter gewissen Verhältnissen der Stiel kurz sein und der Unterbindung Schwierigkeiten machen kann. Aber gerade diese Fälle fordern erst recht auf, durch die Eröffnung der Bauchhöhle an die Nieren heranzugehen, da man so alle Schwierigkeiten besser überwinden kann, als bei der extraperitonealen Methode. Ich bin also der Ansicht, dass man bei leicht oder schwer auszuschälbaren Nieren resp. Nierentumoren besser durch die Laparotomie zum Ziele kommt, als durch den Lumbalschnitt. Ich möchte übrigens Herrn Borchert gegenüber bemerken, dass ich unter Lumbalschnitt nicht Simon's Methode allein verstehe, sondern alle extraperitonealen Methoden zusammenzufassen bitte. Wenigstens habe ich in meinem Vortrage in diesem Sinne die Bezeichnung Lumbalschnitt angewendet. — Im Übrigen will ich hier gleich anfügen, dass, wie Herr Olshausen andeutete, mir ebenfalls bei Gelegenheit des letzten Chirurgenkongresses Trendelenburg sagte, dass er mit Vorliebe durch die Laparotomie sich die Nieren oder deren Geschwülste behufs ihrer Entfernung zugänglich mache.

Schließlich möchte ich meinem Vortrage noch eine Bemerkung anfügen, dass sich nach der Exstirpation meiner Hydronephrose selbstverständlich eine Änderung im Verhalten des Urins nicht eingestellt hat, da schon vorher aus der hydronephrotischen Niere kein Urin mehr in die Harnblase gelangen konnte.

---

7) Diescher (Budapest). Bericht über die Thätigkeit der Budapester geburtshilflichen Poliklinik in den Jahren 1882—1886.

(Gyógyánat. 1889. No. 28. 29. 33. 34. 41.)

Zahl der Fälle im Jahre 1882, in welchem die Budapester geburtshilfliche Poliklinik auf Anregung Prof. Tauffer's begründet wurde: 279; im Jahre 1883: 328; im Jahre 1884: 385; im Jahre 1885: 462 und im Jahre 1886: 629, zusammen 2083 Fälle. Hiervon bezogen sich 37 auf Anomalien in der Schwangerschaft, 1936 waren geburtshilfliche Fälle, 46 Wochenbetterkrankungen und 64 gynäkologische Fälle.

Von den Schwangerschaftserkrankungen war eine ein Hämatom der Vulva, im 3. Monate der Gravidität bei einer IIIp. entstanden durch einen Fall auf den Rand eines Schemmels; Resorption der Geschwulst.

Ein anderer Fall war eine Eklampsie im 8. Monate der Gravidität bei einer Ip.; die Geburt ging 3 Wochen später regelmäßig vor sich. Die übrigen Fälle waren: Varices (2mal), Erbrechen, Pneumonie, Phthise (2mal), Ödem der unteren Extremitäten (2mal), vorzeitige Wehen (19mal), Blutung (7mal).

Von den 1936 geburtshilflichen Fällen hatte man es 452mal (23,35%) mit Schädellagen zu thun, von denen 230 spontan endigten, bei 207 musste die Zange angelegt werden, bei 8 wurde die Craniotomie gemacht, bei 7 die anale Expression nach Ritgen. Lebend geboren wurden 420 (= 92,9%) Kinder geboren, todt 32 (= 7,1%). In 3 Fällen wurde die Nagel'sche Obliquität beobachtet; Vorderscheitellage war 4mal, Stirnlage 4mal, Gesichtslage 28mal (= 1,44%), Steißlage 98mal (= 5,06%), Fußlage 68mal (3,5%), Querlage 86mal (4,46%) etc.

Bei den Fußlagen war die Mortalität mit etwa 8% größer als bei den Steißlagen (22 : 14,3), so dass also auch für die Frucht die Steißlage die günstigere ist, wohl deshalb, weil so die nicht genug gedehnten Geschlechtstheile das Durchtreten des Kopfes erschweren.

Bei den Querlagen wurden 44mal (= 51,16%) lebende und 92mal (48,83%) todte Kinder auf die Welt gebracht. Zwillingsgeburten wurden 65mal beobachtet (1 : 30); von den Erstgeborenen blieben 92,3% am Leben, von den Zweitgeborenen nur 78,5%, was darin seinen Grund hat, dass bekanntlich operative Eingriffe bei dem zweiten Kinde häufiger nothwendig werden; so musste man von den ersten

Kindern nur 2 wenden, während dies bei der anderen Gruppe 14mal geschehen musste.

Drillingsgeburten waren drei (1:650): 1) bei einer 32jährigen Mp. im 9. Monat der Schwangerschaft; Zeitraum zwischen der Geburt des 1. und 3. Kindes $2^1/_2$ Stunden: 2 Mädchen, 1 Knabe; alle drei lebend, reif; 2 Placentae, die eine mit einem Chorion und 2 Amnien; 2) bei einer 35jährigen VIIIp.; 3 Mädchen, lebend, frühgeboren (VII. Monat der Graviditat); Zeitraum zwischen der Geburt des 1. und des 3 Kindes betrug 2 Stunden; 2 Placentae; 3) bei einer 37jährigen Mp. 3 Mädchen, lebend, frühgeboren; im letzten Falle wurde die Hilfe erst 3 Tage nach der Entbindung wegen Fieber und Blutung in Anspruch genommen; Entfernung eines handtellergroßen fauligen Placentarrestes; Tod an Sepsis.

Mit Aborten hatte man es 435mal (= 22,5%) zu thun; davon waren 11 im I. Monate der Schwangerschaft, 112 im II.; 162 im III.; 93 im IV.; 44 im V.; und 7 im VI. Sechs waren Zwillingsaborte (2 im IV., 3 im V., und (1 im VI. Monate.)

Mola wurde 2mal beobachtet (1:1000); 1) bei einer 18jährigen Ip., die angeblich im V. Monat gravid ist; die Größe des Uterus entspricht dem VIII. Monate; manuelle Entfernung einer 8—10 faustgroßen Masse; der 2. Fall bezog sich auf eine 29jährige IVp. im IV. Monate; Ablösung eines handtellergroßen Stückes; der übrige Theil war schon geboren.

Placenta praevia war 79mal vorhanden (3,82% = 1:26); 25mal central, 42mal lateral und 7mal lateral bei Zwillingsgeburten, welche Zahl enorm genannt werden muss, wenn wir sie mit den von anderen Autoren angegebenen vergleichen. Die Mortalität der Mütter betrug 4% (3), die der Kinder bei Plac. praevia centr. 60%, bei Plac. pr. later. 57,1%. Von den 14 Zwillingen waren nur 3 lebend.

Ein osteomalacisches Becken hatte eine 36jährige VIp. Craniotomie mit gutem Verlauf.

In einem Falle war eine partielle Uterusatresie vorhanden (querfingerbreite muskelartige Brücke, die mittels eines Bistouris gespaltet werden musste). Unter den Geburtskomplikationen sind noch 2 Fälle von Carcinom zu erwähnen; einer endigte 3 Tage nach der Geburt letal (Sepsis). Hydrocephali gab es 6, was auch sehr viel ist (1:320). Von 7 Monstra (1:276) waren 5 Anencephali, 1 Promelus und 1 macerirter Ischiopagus. Eklampsie wurde 11mal beobachtet (0,56%) mit 9 lebenden (81,8%) Kindern; die Mütter waren sämmtlich Iparae; davon gebaren 4 spontan und 7 wurden mittels der Zange entbunden; 1 Todesfall (9,1%). Macerirt wurden 84 Früchte geboren (= 4,33%). Placentar-Blutungen fanden 231mal statt (= 11,9%).

Die 46 Wochenbetterkrankungen vertheilen sich folgendermaßen: Subinvolution (2), heftige Nachwehen (6), Peri- und Parametritis (9), Lochiometra (1), Blutungen (11), Anämie (2), Cystitis (1), Retentio urinae (1), Mastitis (1), Sepsis (7). Besondere Erwähnung verdienen 2 Fälle von Manie; der eine bezieht sich auf eine 20jährige Ip. (unverheirathet), wo die Manie 22 Stunden nach der regelmäßig verlaufenen Frühgeburt auftrat; Verlauf unbekannt. Im anderen Falle ging Eklampsie voraus; bei der 18jährigen, unverheiratheten Ip. traten nämlich vor der spontan beendigten Geburt 7 eklamptische Anfälle auf, die sich nach der Geburt nicht wiederholten; die Wöchnerin benahm sich ruhig, stand nach dem regelmäßig verlaufenen Wochenbett auf und wurde 17 Tage nach der Entbindung plötzlich maniakalisch. Auch ein Hämatom der Vulva wurde bei einer 23jährigen Ip. gleich nach einer regelmäßig verlaufenen Geburt beobachtet. Eisumschläge; fortwährendes Fieber; Nekrose eines halb-handtellergroßen Stückes der hinteren Scheidenwand; Ausräumung der Höhle; antiseptische Behandlung; Heilung nach 57 Tagen. Bei einer IIp. traten 8 Stunden nach der regelmäßig verlaufenen Entbindung eklamptische Anfälle auf; der Uterus wurde durch die stark angefüllte Blase dislocirt gefunden. Nach Entleerung derselben und einer Chloroformnarkose verbunden mit Morphiuminjektionen hörten die Anfälle endgültig auf. Die gesammte Mortalität der Mütter betrug bei den 1936 geburtshilflichen Fällen: 0,98%, etc.: 1 Eklampsie, 1 Peritonitis, 1 Phy-

sonstra, 1 Carcinom; 4 Verblutungen und 8 Fälle von Sepsis. Dem Alter nach vertheilen sich die Frauen folgendermaßen: 15—19 Jahre alt waren 97; 20 bis 29 Jahre: 1028; 30—39 Jahre: 830; 40—44 Jahre: 117; 45—50 Jahre: 9; schließlich war eine 51 und eine VIIp. 54 Jahre alt.

Der Zahl der Geburten nach waren: 9—0p. (gynäkologische Fälle), 605—Ip.; 299—IIp.; 228—IIIp.; 175—IVp.; 169—Vp.; 124—VIp.; 105—VIIp.; 89—VIIIp.; 60—IXp.; 46—Xp.; 45—XIp.; 15—XIIp.; 28—XIIIp.; 17—XIVp.; 2—XVp.; 3—XVIp.; 3—XVIIp.; 3—XVIIIp. Die jüngste Ip. war 15, die älteste 42 Jahre alt (spontane Geburt).

Operationen wurden folgende gemacht: Sprengen der Blase (66mal), Incisionen bei rigidem Muttermund (3mal), Episiotomie (5mal), Correktion von Gesichts- in Schädellagen (3mal. Die Geburten gingen stets spontan in Schädellage vor sich); Reposition der Nabelschnur bei Schädellage (5mal; 2 Kinder lebend, 3 todt); Reposition des vorgefallenen Armes bei Schädellage (10mal; 9 Kinder lebend); Wendung auf den Kopf (4mal; spontan verlaufene Geburten,) Zangengeburten waren 230, darunter nur 122 typische. Die Extraktion wurde 173mal gemacht; (134 Kinder lebend = 77,45%); 67 Beckenendlagen endigten ohne Kunsthilfe; Wendung auf den Fuß und Extraktion wurde aus einer Schädellage 43mal gemacht (12mal wegen Vorfall der Nabelschnur), aus einer Querlage 121mal 45 Kinder lebend (= 37,2%). Bei Vorfall der Nabelschnur blieben nur 40% der Kinder am Leben, wenn dieselbe reponirt wurde, hingegen 75%, wenn die Wendung mit nachfolgender Extraktion gemacht wurde; auch für die Mutter ist letztere Operation die günstigere, da nach derselben der Genitalkanal gehörig desinficirt werden kann, was nach dem anderen Vorgehen nicht möglich ist; 1 Mutter starb thatsächlich an Sepsis nach einer Reposition der Nabelschnur. Bei Querlage wurde 121mal die Wendung auf den Fuß gemacht, 4mal die Wendung auf den Kopf, 2mal Decapitation, 2mal Evisceration; 5 macerirte Kinder kamen mittels Evolutio spontanea auf die Welt. Unter 19 Kraniotomien wurden 6 an Hydrocephali gemacht, 2 bei Naegele'scher Obliquität, 1 bei Osteomalacie, 1 bei Zwillingsgeburt, 1 bei Gesichtslage und 8 an todten Früchten; abgerechnet die Hydrocephali wurde also die Perforation an lebenden Kindern in 26% der Fälle gemacht.

Sectio caesarea wurde 1mal post mortem gemacht an einer an Meningitis tuberculosa Verstorbenen 28jährigen Ip. gemacht; das Kind that zwar einige Athemzüge, konnte aber nicht am Leben erhalten bleiben.

Wegen Blutung in der Placentarperiode wurde in 231 Fällen poliklinische Hilfe in Anspruch genommen; hiervon wurde die Blutung gestillt: 1) mittels des Credé'schen Handgriffes in 71 Fällen (= 30,73%); 2) durch Entleerung der gefüllten Harnblase 48mal (= 20,77%); 3) durch manuelle Entfernung der Placenta in 69 Fällen (= 29,87%) und 4) durch Entfernung zurückgebliebener Placentar- und Eihauttheile in 43 Fällen (= 18,61%). Umstechung behufs Blutstillung musste 3mal vorgenommen werden, einmal bei Cervixruptur, die bis an das Scheidengewölbe reichte (3 Drahtnähte), einmal bei arterieller Blutung in der Clitorisgegend und einmal während der Schwangerschaft bei Platzen eines Varix im hinteren Scheidengewölbe. Der Damm wurde 61mal genäht, stets mit Draht, der nach 10—12 Tagen entfernt wurde.

Asphyktisch waren 92 Kinder, von denen 62 (= 67,39%) wiederbelebt werden konnten. **Temesváry** (Budapest).

8) Laurencin (Cluny). Chlorose; Phlegmasia alba dolens praecox bilateralis; Tod.

(Lyon méd. 1888. Oktober 7.)

Junges, robustes Landmädchen, von 20 Jahren; bisher gesund und regelmäßig menstruirt. Seit 3 Monaten suppressio mensium, nach einer mehrtägigen starken, körperlichen Anstrengung inter menstruationem. Hierauf Entwicklung chlorotischer Beschwerden ziemlich heftigen Charakters. Unter tonischer Behandlung, Eisen und Schwefelbädern trat zunächst Besserung ein, dann plötzlich, nach einer Er-

kältung, Phlegmasia alba dolens dextra, später auch auf die andere Seite übergreifend, die nach 3 Wochen durch Embolie in beide Lungen zum Tode führte.

Zeiss (Erfurt).

9) **Pollacsek** (Budapest). Zur Ätiologie der Bartholinitis.

(Gyógyánat. 1889. No. 44—45.)

Auf Grund einiger Fälle von Bartholinitis, wo gonorrhoische Infektion vollständig ausgeschlossen werden konnte, schließt sich Verf. der Ansicht Neumann's, Zeissl's und Grünfeld's an, wonach die Bartholinitis nicht ausschließlich als ein Symptom der Blennorrhoe gelten, sondern auch traumatischen Ursprungs (entstanden durch Onanie, heftige Kohabitation — großen Penis) sein kann, und von einer gonorrhoischen Infektion nur dann die Rede sein kann, wenn auch der Ausführungsgang der Bartholin'schen Drüsen, oder gar nur dieser entzündet ist. Er theilt die Fälle von Bartholinitis in 4 Gruppen:

1) Catarrhus simplex ductus glandulae; ein eitriger aber nicht specifischer Katarrh des Ausführungsganges und dessen Nebenzweigen; das Sekret enthielt keine Gonokokken.

2) Blennorrhoea ductus glandulae Barth.; specifische Entzündung des Ausführungsganges ohne Abscessbildung; selten mit einer geringen Anschwellung der Drüse einhergehend. Es ist dies eine chronische hartnäckige Krankheit, die meist bei Prostituirten vorkommt.

3) Bartholinitis abscedens idiopathica. Ein nicht specifischer, sondern von Eitermikroben etc. den Staphylococcus pyogenes aureus hervorgebrachter Abscess; eine akute rasch verlaufende Erkrankung, die eben so bei Kindern wie Erwachsenen vorkommen kann und

4) Blennorrhoea ductus glandulae Barth. cum abscessu glandulae, die durch eine Mischinfektion mit dem Gonococcus und dem Staphylococcus hervorgerufen wird; der Ausführungsgangkatarrh persistirt auch nach Eröffnung des Abscesses noch Wochen, ja monatelang. Auch die Abscesshöhle heilt manchmal schwer und bildet mit dem Ausführungskanal einen Fistelgang.

Temesváry (Budapest).

10) **Polaillon** (Paris). Über die Gefährlichkeit der Auswaschung des Peritonealraumes während der Laparotomie.

(Rev. obstetr. et gynéc. 1888. December.)

P. hat in 3 Fällen bei Gelegenheit von Eingießungen warmen sterilisirten Wassers in den Peritonealraum bei Laparotomien Sistirung der Athmung mit schwerer Ohnmacht gesehen. In zwei derselben konnten die Athembewegungen wieder in Gang gebracht, die Pat. erhalten werden, die Dritte ging zu Grunde. Letzterer Fall ist ausführlich beschrieben; es war eine intraligamentäre Cyste, die z. Theil exstirpirt war; bei Lösung der Adhäsionen von Netz und hinterer Beckenwand war eine ziemliche Blutung erfolgt und sterilisirtes Wasser von 37° zwei Liter, waren behufs Säuberung des Peritoneums bereits durchgelaufen, als plötzlich beim dritten Liter Synkope eintrat, die Athmung ausblieb und Pat. nach etwas über einer Stunde starb, nachdem alle Wiederbelebungsversuche vergeblich angewandt waren. Einfluss des Chloroform konnte ausgeschlossen werden.

P. möchte auf Grund dieser Erfahrungen zur dringenden Vorsicht mahnen. Er glaubt, dass der Druck des Wassers auf den Plexus solaris, namentlich aber auf die untere Fläche des Zwerchfells den Reflex auslöse. Bei den Waschungen müsse man daher das Hinauffließen des Wassers durch zweckentsprechende Lagerung der Operirten vermeiden; auch die Temperatur des Wassers sorgfältig bemessen, um auch thermische Reize auszuschließen. **Zeiss** (Erfurt).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 23. **Sonnabend, den 7. Juni.** **1890.**

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUN 18 1890

Inhalt: I. **Sutugin**, Zur Kasuistik der operativen Behandlung der Peritonealpapillome. — II. **Küstner**, Die einfache gerade Röhre als Katheter für die weibliche Harnblase. (Original-Mittheilungen.)

1) **Hagedorn**, Nadelhalter. — 2) **Dickinson**, Scheide als Bruchkanal. — 3) **McLaren**, Dammriese. — 4) **Raudnitz**, Verdaulichkeit der Milch. — 5) **Terrillon**, Behandlung der Endometritis. — 6) **Taylor**, Pyosalpinx.

7) Gynäkologische Gesellschaft zu Berlin. — 8) **Terrillon**, 35 Ovariotomien. — 9) **Angelini**, Ovariotomie in der Schwangerschaft. — 10) **Polaillon**, Salpingitis duplex. — 11) **Fleedwood**, Eitrige Peritonitis. — 12) **Dumontpallier**, Chlorzink bei Endometritis. — 13) **Vilcoq**, Intra-uterine Frakturen. — 14) **Frank**, Verletzung der Scheide beim Coitus. — 15) **Tarnier**, Vierlingsschwangerschaft. — 16) **Arnott**, Kaiserschnitt. — 17) **Weissgerber**, Nachgeburtsperiode. — 18) **Weill**, Meningitis.

I. Zur Kasuistik der operativen Behandlung der Peritonealpapillome.

Von

Wassily Sutugin.

Die Seltenheit der Papillome im Cavum peritonei, ausgegangen von den inneren Genitalien, verpflichtet zur Mittheilung eines jeden einschlägigen Falles. Bei Papillomwucherungen auf dem Bauchfell entsteht ein Krankheitsbild, welches dem einer bösartigen Eierstocksgeschwulst sehr ähnlich ist, wesshalb die Zulässigkeit eines operativen Eingriffes bis zur letzten Zeit sehr zweifelhaft erschien und die Kranken unter Erscheinungen recidivirender Peritonitis oft ihrem eigenen Schicksale überlassen wurden. Die Gynäkologen entschlossen sich in solchen Fällen selten zur Operation, wesshalb solche Beobachtungen ein noch höheres Interesse gewinnen. Einen solchen Fall erlaube ich mir in Folgendem mitzutheilen.

Kystoma ovarii sinistri. Papilloma simplex peritonei (ovarii dextri?) Pelveoperitonitis chronica. Ascites. Ovariotomia partialis. Restitutio.

A. Sch., unverheirathete Bäuerin aus dem Gouvernement Wologda, 23 Jahre alt, wurde den 4. December 1889 im Marienhospital zu St. Petersburg aufgenom-

men. Schwach gebaut und mittelmäßig ernährt; Menses seit dem 14. Jahre, in Pausen von 3 Wochen, 7—8 Tage. Vor 6 Jahren war sie schwanger, abortirte aber im 3. Monat. Noch vor dem Abort litt die Kranke an unbestimmten Schmerzen im Leibe, die nach erfolgter Ausstoßung des Ovulum schwanden. Die letzten 4 Jahre hatte die Kranke beinahe beständig an Schmerzen im Unterleibe gelitten, die sich oft in hohem Grade steigerten.

Bei der Untersuchung erwies sich, dass der Bauch wenig und nicht gleichmäßig vergrößert ist, dabei wölbt sich das linke Hypogastrium mehr vor. Perkutorisch wurde freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle diagnosticirt. Beim Palpiren konstatirt man im linken Hypogastrium eine cystenförmige unbewegliche, deutlich fluktuirende Geschwulst, von der Größe des Kopfes eines Neugeborenen; starke Empfindlichkeit bei der Berührung. Die Grenzen der Geschwulst sind nach oben deutlich markirt, nach unten zum kleinen Becken verwischen sich die Konturen. Der Leibesumfang in der Gegend des Nabels beträgt 76 cm; von der Symphyse bis zum Nabel 17, bis zur Basis des Schwertfortsatzes 31 cm.

Per vaginam findet man: Uterus anteflektirt, mäßig vergrößert, wenig beweglich, mit der Umgebung wie verschmolzen. Die Länge des Uteruscavum, mit der Sonde gemessen, beträgt 8 cm. Bei kombinirter Untersuchung scheint es, als ob die linksseitige Geschwulst dem linken verdickten Laquear breit aufsitzt. Die Betastung der Geschwulst ist sehr schmerzhaft. Rechts vom Uterus fühlt man das gleichmäßig nicht knollig infiltrirte rechte Lig. latum, dessen Schwellung in den gleichfalls stark verdickten, jedoch glatten, nicht knolligen, hinteren Laquear übergeht. Das rechte Gewölbe ist bei der doppelten Untersuchung ebenfalls empfindlich. Dem Befunde gemäß richtete sich die Vermuthung auf das Vorhandensein einer Tubo-Ovariencyste, komplicirt mit Beckenperitonitis. Die gleichzeitig bestehende freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle bei Anwesenheit einer cystösen Geschwulst ließ den tuberkulösen Charakter der Beckenperitonitis oder die Komplikation mit Papillom vermuthen.

Das frische Aussehen der Kranken, der noch mittelmäßige Ernährungszustand, dann das langsame (4 Jahre lang) Wachsthum der Geschwulst, die gleichmäßige Induration des Scheidengewölbes, endlich die Abwesenheit von derben Knoten schlossen die Möglichkeit einer carcinomatösen oder sarkomatösen Entartung aus. Beständige Exacerbationen der Beckenperitonitis, das Vorhandensein einer nicht großen cystösen Geschwulst, insbesondere die frühzeitige Entstehung des Ascites, welcher die Annahme einer tuberkulösen Peritonitis gestattete, Alles das drängte zur Laparotomie und zur Entfernung des Tumor, wobei die möglicherweise nöthig werdende Kastration zur Verhütung der recidivirenden Peritonitis ins Auge gefasst wurde.

Mit Zustimmung der Kranken wurde den 9. December 1889 zur Laparotomie geschritten. Nach Durchtrennung der Bauchwand in der Linea alba floss eine nicht große Quantität serös-blutiger Flüssigkeit ab. Auf dem parietalen Blatt des Bauchfells, rechts unter dem Nabel und links neben dem Tumor fühlt man papillomatöse Auswüchse von der Größe einer Erbse bis zu der einer Bohne. Der cystische Tumor links ist flächenhaft mit der Bauchwand verwachsen, eben so mit dem Omentum und mit Dünndarmschlingen. Bei der Betastung der rechten Seite der Geschwulst stößt man zwischen ihr, dem Coecum und dem Uterus auf eine weiche Masse, die dem Gefühle nach zerkochtem Reis ähnlich erscheint und aus graurothen bröckeligen Papillomen besteht, welche sehr leicht und unmerklich mit der Hand abgelöst werden, gleich darauf erfolgte eine sehr starke Blutung aus der Basis der Papillome. Die zufällig konstatirte Anwesenheit der Papillome in der rechten Hälfte des kleinen Becken ließ die Möglichkeit von gleichzeitiger Entwicklung einer bösartigen Neubildung zu und drängte scheinbar dazu, das weitere Operiren aufzugeben. Zugleich konnte die bestehende starke Blutung den tödlichen Ausgang herbeiführen. Bei der Betastung des Beckens rechts von dem Uterus fühlt man, dort wo die Papillomwucherungen aufsaßen, das Peritoneum bis zur Knorpelhärte indurirt, während der Grund der Wucherung sehr breit ist und eine Ligatur zur Stillung der flächenhaften Blutung nicht applicirt werden kann. Nur an einer Stelle des hinteren Peritonealblattes, unterhalb des Promontorium,

in der Ausdehnung von 2 cm blutete es besonders stark und mir gelang es, an dieser Stelle eine Massenligatur anzulegen und dadurch die Blutung zu stillen. Die übrige verletzte Partie des Beckenperitoneums blutete, wenn auch nicht stark, weiter. Es durfte also wegen der Rigidität des Peritoneums und mangelhafter Elasticität der Gewebe überhaupt auf spontane Blutstillung nicht gehofft werden, sogar nicht unter dem Druckverbande und der Vaginaltamponade. Bei der Nothwendigkeit jedoch, die Blutung zum Stehen zu bringen, musste die rechte Beckenhälfte tamponirt werden. Durch welche Mittel aber konnte der Tampon vor dem Entweichen nach oben gesichert werden? Zu diesem Zwecke entschloss ich mich, die linksseitige Cyste zu verwenden und einen Theil der letzteren in die Mitte der Bauchwunde einzunähen und auf diese Weise den Tampon in der rechten Beckenhälfte zu stützen. Die Cyste wurde eröffnet und in die Bauchwunde eingenäht. Es war eine multilokuläre Cyste mit sehr dünner und bröckeliger Wand, dabei das Innere derselben frei von Papillomen. Die Cyste saß, wie erwähnt, breitbasig auf dem unnachgiebigen und stark indurirten linken Lig. latum und war verwachsen mit dem S romanum, mit der Bauchwand und dem Uterus, wesshalb die totale Entfernung unmöglich erschien. Ein kleiner Theil der Cystenwand wurde resecirt, der übrig gebliebene Theil wurde in die zwei unteren Drittel der Bauchwunde eingenäht; die Cystenwand erwies sich dabei so bröckelig, dass sie beim Anlegen der Nähte beständig einriss; mit großer Mühe gelang es endlich doch, den Sack mit dem Wundrande zu vereinigen und den Jodoformgazetampon in der rechten Beckenhälfte und in dem Cystensack zu fixiren, sogleich verminderte sich die Blutung.

Die Kranke hat so viel Blut verloren, dass der Puls gleich nach der Operation kaum zu fühlen war = 120, Temperatur 36,2. Den zweiten Tag stieg die Temperatur auf 37,6, den 9. Tag auf 38,0, die nächsten 2 Tage war die Temperatur 37,8, seit dem 12. Tage war die Kranke fieberfrei. Den 6. Tag nach der Operation war 700 qcm Urin entleert, den 9. Tag 1000 etc.

Der Verband war während der ersten 24 Stunden durchnässt, wesshalb er täglich gewechselt wurde, den Tampon ausgenommen. Die ersten zwei Tage wurde die Kranke von Übelkeiten und Erbrechen gequält, von starken Schmerzen im Leibe und unwillkürlichem Urinabgang. Am Abend des zweiten Tages schwand das Erbrechen, aber unwillkürlicher Urinabgang und Aufgedunsensein des Leibes blieb bestehen. Puls 80. Den 3. Tag beim Verbandwechsel wurde der Tampon aus der Bauchhöhle entfernt und durch einen kleineren ersetzt. Vom 6. Tage an merkliche Verbesserung des Allgemeinzustandes, Puls 72, Urin geht nicht ab. Den 7. Tag schwanden die Schmerzen nach einem Stuhlgange. Den 15. Tag wurden die Nähte entfernt, ein Tampon wurde noch eingeführt.

Der obere Theil der Wunde heilte per primam, die Höhle der Bauchwunde verkleinerte sich bedeutend, war aber noch theilweise mit mortificirten Gewebsstücken gefüllt. Am Ende der 3. Woche fing der Sack sich rasch zu reinigen an, granulirte lebhaft und am Schluss der 5. Woche war die Höhle vollständig rein.

Den 40. Tag nach der Operation wurde auf ihre dringende Bitte die Kranke entlassen. In der Gegend des eingenähten Sackes existirte eine trichterförmige Vertiefung, 4 cm breit, die tiefste Stelle derselben, so wie auch die Wundränder waren mit welken Granulationen bedeckt. Bei der inneren Untersuchung findet man den Uterus in Anteflexion; sein oberer Theil mit der Bauchnarbe verwachsen, noch wenig beweglich, die seitlichen und das hintere Gewölbe sind bedeutend weicher und nachgiebiger. Am Ende der 13. Woche vernarbte die Wunde ganz; die Narbe ist wenig beweglich im unteren Theil, wo noch eine unregelmäßige trichterförmige Einziehung zu bemerken ist. Der Uterus noch in der Anteflexionsstellung und mit der Bauchnarbe verwachsen; die seitlichen Gewölbe, so wie auch das hintere sind normal. Der Allgemeinzustand der Operirten sehr gut.

Prosektor Dr. N. J. Kieskoff fand bei der Untersuchung der entfernten Wucherungen, dass dieselben gutartige fein verzweigte Papillome darstellen und bedeckt sind mit einem Stratum von Cylinderepithel; das Stroma besteht theils aus jungem gefäßreichen, theils aus faserigem gefäßarmen Zellgewebe.

Der angeführte Fall ist sehr interessant sowohl in klinischer als auch, und zwar hauptsächlich, in therapeutischer Beziehung. Die Symptome der Krankheit stellten sich zusammen aus denen einer kleinen cystenartigen Geschwulst, begleitet von Ascites und chronischer Pelveoperitonitis, Erscheinungen, die dem entwickelten Papillom sowohl, wie der tuberkulösen Peritonitis und der Komplikation einer Ovariencyste mit bösartiger Neubildung zukommen. Langsames Wachsen, geringer Grad von Ascites und hauptsächlich die Abwesenheit von harten Knoten, endlich die beinahe gleichmäßige Induration der Gewölbe sprach gegen die Bösartigkeit (Krebs, Sarkom), die Möglichkeit einer tuberkulösen Entartung war damit nicht ausgeschlossen. Hugo Coblenz[1] führt als ein pathognomonisches Zeichen für Papillom ein Gefühl des Reibens, als ob im ledernen Sacke der zerkochte Reis zerrieben wird. Solch ein Symptom wird wahrscheinlich durch die im Cystensack eingeschlossenen Papillome verursacht, wenigstens fanden weder Andere noch ich dieses Symptom in einem von mir (1883[2]) beschriebenen Falle von Papillom, das frei in der Bauchhöhle an der Basis und auf der äußeren Fläche einer Cyste des rechten Ovarium aufsaß. Dr. Michnoff[3], der einen von Prof. Lebedeff operirten Fall von Papillomen der beiden Eierstöcke beschrieben hat, bemerkte, trotzdem dass keine Pelveoperitonitis bestand, das von Coblenz angegebene Symptom nicht. Außerdem verhinderte in meinem Falle die bedeutende Induration der Scheidengewölbe die Anwesenheit der Papillome nachzuweisen. Beim Eindringen mit der Hand in die Beckenhöhle, wo die Papillome saßen, hatte ich wohl das Gefühl zerkochten Reises, aber am Peritoneum parietale gaben die Papillome das Gefühl warzenartiger Auswüchse. Die Papillome des Beckenperitoneum entwickeln sich in 2 Formen: entweder aus papillären Cysten, beim Durchbruch derselben, eher beim Durchwachsen der Cystenwand mit nachfolgender Wucherung in die Beckenhöhle oder sie entwickeln sich als freie Papillome der Eierstöcke, als selbständige Tumoren. Olshausen[4] zählt dieselben zu einer besonderen Gruppe von Ovariengeschwülsten und stellt sie den bösartigen Neubildungen gleich, um so eher, als dieselben sehr oft mit Krebs komplicirt sind. In dem unten angeführten, von mir den 23. September 1882 in dem Rojestwensky-Barackenhospital operirten Falle bestand neben einer Cyste des rechten Eierstockes ein gutartiges Papillom, theils an dem Cystenstiele sitzend, theils an ihrer äußeren Fläche und zugleich nebenbei im Zellgewebe des breiten Mutterbandes ein Carcinomknoten von der Größe einer Walnuss.

---

[1] Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. VII. p. 14.

[2] W. Sutugin, Zur Diagnostik der bösartigen Geschwülste des Ovarium. Zwei Fälle von Ovariotomie bei denselben. Med. Westnik 1883.

[3] Zur Lehre von den papillären Geschwülsten der Eierstöcke. Wratsch 1889. p. 1100.

[4] Die Krankheiten der Ovarien 1886. p. 66.

Flaischlen[5] kommt auf Grund seines Falles und laut den Litteraturangaben zu dem Schlusse, dass die vollständige Entfernung der hauptsächlichsten Papillome oder papillärer Cystome der Eierstöcke zum Stillstande der Wucherung auf dem übrigen Peritoneum, zur Atrophie der schon existirenden Papillome und endlich zur vollständigen Herstellung der Kranken führt. Der von mir beschriebene Fall von partieller Abtragung der Cyste und der mit der Hand ausgeführten Zerstörung der Papillome im kleinen Becken erweitert die von Flaischlen ausgesprochene Meinung und beweist, zumal mit dem Falle von H. W. Freund, dass auch die partielle Entfernung der Papillome und Cyste die Hoffnung auf den Stillstand der Dissemination der Peritonealpapillome und auch auf die Genesung der Kranken begründet ist. Unvollständige Ovariotomien, unter antiseptischen Kautelen ausgeführt, geben zu jetziger Zeit bedeutend bessere Resultate und entkräften nicht die Kranken durch langdauernde Eiterung, wie es früher der Fall war. Heut zu Tage kann diese Operation, in Anbetracht der Ausgänge, fast der Ovariotomie mit extraperitonealer Befestigung des Stieles gleichgestellt werden.

Der günstige Verlauf von Peritonitiden nach totaler oder theilweiser Entfernung der Papillome beweist die Gutartigkeit dieser Gewächse, was auch, gestützt auf pathologisch-anatomische Untersuchungen, angenommen wurde, obgleich vom klinischen Standpunkte (Cohn[6]) diese Geschwülste bis jetzt zu den bösartigen Neubildungen »noli me tangere« gezählt wurden; erwähnt zu werden verdient, dass die partielle Entfernung von sarkomatösen und carcinomatösen Geschwülsten, die in der Kasuistik von H. W. Freund[7] aus der Straßburger Klinik angeführt sind, auch einen günstigen Ausgang zeigte.

In dem von mir früher russisch publicirten Falle von Ovariotomie, komplicirt mit Carcinom, war der Ausgang ein verhältnismäßig guter; ich denke er ist dessen werth, hier citirt zu werden.

Kystoma duplex, papilloma et carcinoma. Ovariotomie. Besserung.

Die Kranke Sch., 38 Jahre alt, die Frau eines Kanzleibeamten, ist gebürtig aus Reval. Die Menses traten mit 15 Jahren ein, in Pausen von 3 Wochen, 7 Tage andauernd. Die letzten 6 Jahre war die Periode spärlicher geworden. Hat einmal vor 21 Jahren geboren. Vor 4 Jahren nach einer schweren Arbeit binnen 2 Wochen starker Unterleibsschmerz, wobei das Uriniren zeitweise unmöglich war und dann und wann Ohnmachten eintraten. Vor 8 Monaten bemerkte die Kranke eine Geschwulst im Unterleibe, die kugelig und beweglich war. Die Kranke klagte hauptsächlich über rheumatische Schmerzen, über die störende Gegenwart einer Geschwulst, über Athemnoth und spärliche Periode. Den 25. Mai 1882 fand ich bei der Untersuchung die Kranke leicht anämisch; die Athmungs- und Cirkulationsorgane boten keine wesentlichen Abweichungen von der Norm dar. Rechts unten im Leibe fühlt man eine kugelige, elastische, bewegliche Geschwulst von der Größe

---

[5] Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. XIV und Centralbl. f. Gynäkol. 1890. p. 13.

[6] Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. XII.

[7] Ibid. Bd. XVII. p. 140.

des Kopfes eines Neugeborenen. Von dem Tumor abwärts zur Gebärmutter verläuft ein von außen palpabler langer Strang in Form eines Stieles. Der Uterus ist leicht retrovertirt, durch das rechte und vordere Gewölbe lässt sich das untere Segment der Cyste palpiren; links aber fühlt man im Gewölbe höckerige Induration im linken Mutterband. Den Sommer verbrachte die Pat. des Rheumatismus wegen in Arensburg, daselbst bemerkte die Kranke eine rapide Vergrößerung des Leibes, fühlte Druck in der Herzgrube und Schmerzen im Leibe, Durst und eine deutlich ausgesprochene Verminderung der Harnabsonderung. Die Kranke schob die ganze Schuld auf die schlechte Kost in Arensburg. Nach der Rückkehr den 16. Juli sah die Kranke bedeutend magerer aus mit unverkennbaren Symptomen von Ascites, wobei man von außen die Geschwulst nicht genau abtasten konnte; bei der inneren Untersuchung ließ sich aber nicht nur rechts, sondern auch links vom Uterus eine Cyste palpiren, die mit der lateralen Beckenwand fest verwachsen war. Den 27. Juli wurde bei der Punktion im Hospital zu Zarskoe Selo 38 Pfund dunkle, aber durchsichtige ascitische Flüssigkeit entleert. Danach konnte wiederum die rechtsseitige Geschwulst abgetastet werden.

Im August litt die Frau an einem fieberhaften Zustande mit Stechen im ganzen Körper, ließ sich aber nicht behandeln.

Den 16. September trat die Kranke in die gynäkologische Abtheilung des Rojestwensky-Barackenhospitals ein. Wiederum Ascites; der Umfang des Leibes 94 cm: von der Symphyse bis zum Nabel 19, bis zum Schwertfortsatz 29, bis zur oberen Grenze des Tumor 22 cm. Vom Nabel bis zur Spin. ant. sup. links 13, rechts 20 cm. Der Tumor in der rechten Hälfte des Leibes ist mannskopfgroß geworden, nimmt die Mitte der beiden unteren Drittel des Leibes ein und weicht etwas mehr nach rechts; der Tumor ist sehr beweglich nach beiden Seiten hin und von oben nach unten, weniger gut lässt er sich in die Höhe heben. Rechts vorn am Rande des Tumors verläuft ein langer Stiel, der nach unten zu in den Weichtheilen verschwindet. Links in der Inguinalgegend, zwei Finger breit über der Symphyse eine zweite elastische, aber unbewegliche Geschwulst. Per vaginam liegt der Uterus in Retroversion, ist wenig beweglich; rechts von ihm fühlt man das Ende des Stieles der rechtsseitigen Cyste und nebenbei die höckerigen Massen. Links und vor dem Uterus kann das untere Segment der linksseitigen Geschwulst palpirt werden. Dieselbe ist mannsfaustgroß, höckerig und weist am Rande des Uterus Partien von ausgeprägter elastischer Beschaffenheit auf; nach außen setzt er sich zusammen aus festeren Knollen. Der Tumor ist deutlich mit der Beckenwand verwachsen. In der Bauchhöhle lässt sich eine geringe Quantität von freier Flüssigkeit nachweisen. Wiederholte Untersuchungen des Leibes waren schmerzlos. Der Zustand ist fieberfrei. Die tägliche Quantität des Urins normal.

Die Eigenschaften der Geschwulst gaben Veranlassung zur Diagnose einer einfachen Cyste des rechten Ovarium, komplicirt mit gewöhnlicher exsudativer Verdickung des linken Mutterbandes; aber die frühe Entwicklung von Ascites (bei geringer Größe der Cyste), begleitet von Unterleibsschmerzen und die gleichzeitige Entwicklung hart elastischer Geschwülste links vom Uterus berechtigten zur Vermuthung, dass die rechtsseitige Eierstockscyste mit Papillomen oder mit irgend welcher bösartiger Neubildung komplicirt sein könnte. Es wurde daher der Entschluss gefasst, sobald als möglich die Entfernung der Geschwulst vorzunehmen.

Die Operation wurde den 23. September 1882 in der Chloroformnarkose ausgeführt. Schnitt in der Linea alba 17 cm lang. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentirte sich die glatte elastische Geschwulst, die bei der ersten Untersuchung mit der Hand überall frei von Adhäsionen zu sein schien und nur rechts verwachsen war mit dem Coecum. Bei Punktion der Cyste floss ziemlich dunkle, seröse Flüssigkeit aus. Nach Herausbeförderung der Cyste konnte man zuerst mit der Hand und dann mit dem Auge die Anwesenheit von jungen Papillomwucherungen konstatiren, die auf dem rechten hinteren Segment der Cyste, auf ihrem Stiele besonders rechts und endlich auf der Pseudomembran zwischen Stiel und Coecum situirt waren. An die Verwachsung mit dem Blinddarm wurden zwei Péan's angelegt und in der Mitte die Membran durchgeschnitten, dabei zeigte sich im In-

neren derselben ein cylindrischer Kanal von 0,5 cm Breite. Dieser Kanal wurde für den von Papillomen umwachsenen Processus vermicularis angesehen; der Einschnitt wurde durch die Kürschnernaht auf die Weise vereinigt, dass der äußere Wundrand nach innen umgekrempt wurde.

Der Stiel der Cyste erwies sich als lang und breit ausgezogenes Lig. latum; dasselbe war gefäßarm, dabei so brüchig, dass beim Anziehen die seidenen Ligaturfäden durchschnitten, wesshalb der Stiel in den Klamp gefasst und mit dem Thermokauter durchgebrannt wurde. Beim Abnehmen des Klamps zeigte sich an 4 Stellen arterielle Blutung, die durch Unterbindung gestillt wurde. In dem noch gebliebenen Theile des Stieles, näher zum Kreuzbeine erblickte man jetzt 2 harte Knoten von der Größe einer Walnuss, die verdächtig erschienen und desswegen enukleirt wurden. Peritonealwunde wurde mit Nähten geschlossen. Die linksseitige Geschwulst erwies sich als eine multilokuläre Cyste, die fest verwachsen war mit den umliegenden Organen, desshalb wurde dieselbe nicht entfernt. Die Bauchwunde wurde mit 9 Seidennähten geschlossen, wobei in den unteren Wundwinkel ein elastisches Drainrohr von 10 cm Länge und 0,5 cm Dicke eingeführt wurde, die Wunde mit Jodoform bepudert. Listerverband mit Streifen vom Empl. adhaesivum befestigt. Die Kranke wurde ins erwärmte Bett gebracht. Dauer der Operation $1^1/_2$ Stunde.

Nach der Operation stieg die Temperatur am Abend des 2. Tages auf 38,2, 3. 38,0, 4. 38,7, 5. 38,2 und den 6. Tag bis auf 39,0; die letzte Steigerung konnte theilweise auch durch Koprostase bedingt gewesen sein. Der Verband wurde den 2., 4., 6. und 8. Tag gewechselt. Das Drain wurde den 4. Tag entfernt. Den 13. Tag wurden die Nähte entfernt. Die Wunde heilte per primam, ausgenommen den Theil, wo das Drainrohr gelegen hatte.

Im Verlauf der ersten 3 Wochen nach der Operation war das Allgemeinbefinden sehr gut, es blieb die Neigung zur Obstruktion bestehen. Die linksseitige Geschwulst vergrößerte sich ansehnlich.

Die mikroskopische Untersuchung der exstirpirten Massen wurde vom Prof. Burzoff ausgeführt.

Die Masse besteht aus drei, dem mikroskopischen Bilde nach, verschiedenen Abtheilungen:

1) einer Cyste mit dünner, aber fibröser fester Wandung; die Größe des Cystensackes entspricht der eines Kindskopfes;

2) papilläre Wucherungen auf der äußeren Seite der Cyste an der Basis des Sackes in Haufen von 1—$1^1/_2$ Zoll Breite. Von hier aus verbreiten sich zerstreute kleinere Exkrescenzen über die Oberfläche der Cyste;

3) Knoten von der Größe einer Walnuss auf dem Durchschnitt weiß, von weicher Konsistenz, beim Abschaben bleibt auf dem Messer ein milchiger Saft, der unter dem Mikroskop aus verschiedenformigen Epithelchen besteht. Die Durchschnitte der Knoten zeigen unter dem Mikroskop adenomatösen Bau in Form von glandulären Säcken, die innerlich mit enboidem Epithel ausgekleidet sind. An etlichen Acinis sieht man die Zerstörung der Membrana propria und Infiltration (des jungen faserigen Zellgewebes mit epithelialen Elementen). Viele epitheliale Zellen sammeln sich in mehr oder minder gestreckten Haufen und bilden der Form nach eine Art epithelialer Papillen, in deren Centrum hier und da auch Zellgewebsstroma zu erkennen ist.

Die makroskopisch signirten Bildungen erwiesen sich unter dem Mikroskop als gutartige papilläre Geschwülste.

Demgemäß hatte sich auf der Oberfläche der Cyste eine gutartige Wucherung entwickelt, ein Papillom. Der Knoten aber bietet einen bösartigen carcinomatösen Charakter, entstanden auf dem Boden adenomatös papillären Gewebes.

Nach der Entlassung reiste die Kranke in ihre Heimat, wo sie in Folge zerrütteter Familien- und Wirthschaftsverhältnisse schwere Gemüthsbewegungen zu dulden hatte.

Innerhalb 12 Monaten hatte die Kranke keine Schmerzen im Unterleibe, ihr physischer Zustand war ein befriedigender, nur die linksseitige Geschwulst ver-

größerte sich bis zur Größe des Kopfes eines Neugeborenen. Ascites war nicht vorhanden.

Am Ende desselben Jahres wurde die Kranke wiederum in das Barackenhospital zur Entfernung der linksseitigen Geschwulst aufgenommen, wo sie bald melancholisch wurde und in eine Irrenanstalt transportirt wurde. Ihr weiteres Schicksal ist mir nicht bekannt.

Man könnte noch viele Fälle von Komplikation der Papillome mit krebsigen Neubildungen anführen; aber alle verliefen mit den Erscheinungen stark ausgeprägter Bösartigkeit der Geschwulst, wesshalb sie kein besonderes Interesse erwecken.

Die Wiederholung der schon früher veröffentlichten Beobachtung fand ich für nöthig zum Vergleiche mit dem neuen Falle.

II. Die einfache gerade Röhre als Katheter für die weibliche Harnblase.

Von

Otto Küstner.

Die Mittheilung Wolfner's in No. 20 dieser Zeitschrift bestätigt meine Ansicht, dass die vielfach gebräuchlichen Katheter mit Krümmung und seitlich angebrachtem Auge für eine so häufig angewandte Hilfsleistung, wie das Abnehmen des Urins ist, immer noch zu komplicirte Instrumente sind. Sie sind besonders in dem blinden Ende zu schwer zu sterilisiren und müssen desshalb, selbst alle sonst nothwendigen aseptischen Maßregeln vorausgesetzt, dennoch hier und da einen Katheter-Blasenkatarrh veranlassen können. Die einzig zweckmäßigen Katheter für die Frau sind gerade, vorn und hinten mit einem Loch versehene Rohre. Das beste Material für dieselben ist und bleibt das Glas. Solche Rohre verwende und empfehle ich zum Katheterisiren seit einiger Zeit vor 1883. Eine ausführliche Mittheilung darüber befindet sich in der Deutschen med. Wochenschrift 1883 No. 20 unter dem Titel: »Zur Prophylaxe und Therapie der Cystitis von Frauen«.

Ich halte es für zweckmäßig, an diese Mittheilung zu erinnern, sonst wird vielleicht mein Katheter demnächst noch zum dritten Male erfunden.

Dorpat, den 9./21. Mai 1889.

---

1) **Hagedorn.** Neuester Nadelhalter für platte Nadeln.

(Centralblatt für Chirurgie 1890. No. 10.)

Die technischen Verbesserungen können wir füglich übergehen und uns auf die Vorschriften beim Gebrauch beschränken. »Man lege die Nadel stets mit der konkaven Seite in das Maul und drücke sie gegen den Schaft an, ehe man sie feststellt. Nur dann, wenn die Nadel im Maul an der hinteren Seite dem Schaft genau anliegt und hier ein Widerlager findet, kann sie nicht ausweichen. Da die Nadeln einen Kreisabschnitt bilden, so muss man beim Durchstechen der Wundränder die Nadel hauptsächlich durch Drehung der Hand

(Supination), viel weniger durch Druck weiterführen, und zwar möglichst in der Richtung des Kreises der Nadel. Wird dies nicht beachtet, so bricht die Nadel oder es werden mit derselben große Löcher gerissen.« Beim Nachfassen ist die Nähe des Öhres zu vermeiden.

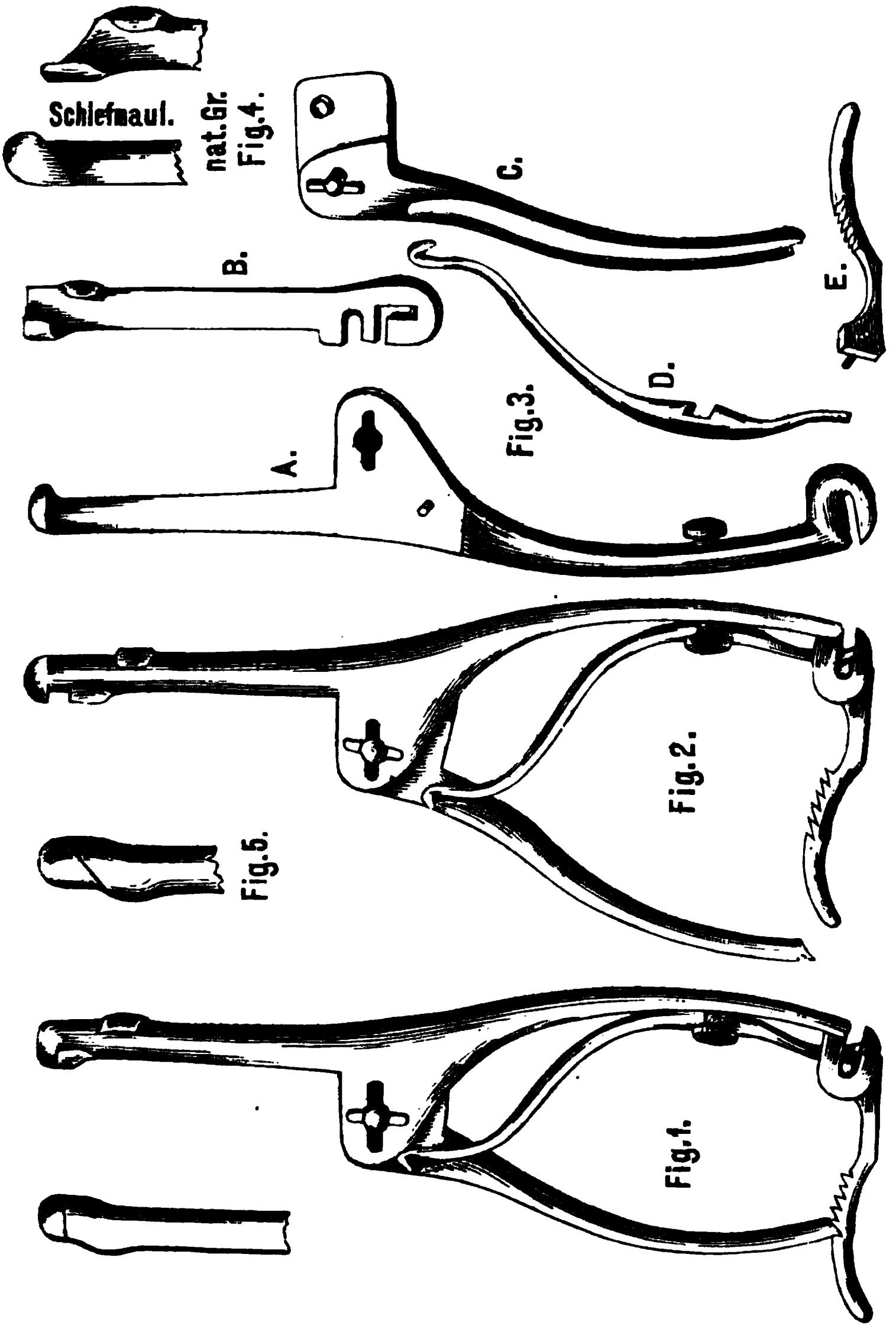


Fig. 1. Der geschlossene Nadelhalter nebst Maul von der anderen Seite. ⅔ der natürlichen Größe. Fig. 2. Derselbe, geöffnet. Fig. 3. Die einzelnen Theile desselben. *A* der lange, feststehende Schaft. *B* der kurze, bewegliche Schaft. *C* der bewegliche Handgriff. *D* Spannfeder. *E* Schnäpper. Fig. 4. Das Maul des Schiefmauls, aus einander genommen, in natürl. Größe. Fig. 5. Dasselbe in geschlossenem Zustande.

Die Halter mit geradem Maul sind in 3 Größen vorräthig, das Schiefmaul in einer, bei den Instrumentenmachern Amschler oder Bortfeld, Magdeburg.

Dieser Nadelhalter ist ein ganz vorzügliches Instrument. Man

sagt nicht zu viel, wenn man behauptet, dass die Operation hoher Fisteln ohne diese Nadelhalter oft unmöglich ist. Alle Höhlennähte sind in großer Tiefe der Körperhöhlen ohne Schwierigkeit anzulegen. Freilich gehört eine gewisse Geschicklichkeit zum Gebrauch, und die abfälligen Urtheile beruhen wohl alle auf Unkenntnis der Methode. Das ganze Kunststück besteht darin, dass mit dem Halter nicht gedrückt, sondern nur gedreht werden darf. Wer das nicht versteht, wird große Löcher reißen.

Die beifolgende Figur sichere das Verständnis.

G. Middeldorpf (Breslau).

---

2) **Dickinson** (New York). Die Scheide als Bruchkanal.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. Juli. p. 692.)

D. findet, dass der Beckenboden durchaus nach dem Principe des Inguinalkanales gebildet sei. Wie dort sich zwei Lagen von Gewebsfasern finden, mit je einer Öffnung, welche nicht über einander liegen, so dass bei Druck von oben eine jede durch Lagen des Gewebes geschützt wird, so auch hier. Das dicke Lig. pubis besitzt eine dünne kreisförmige Verbindung mit dem Kreuzbein, durch welche sich eine Spalte zwischen den Uterosacralbändern öffnet. Dies ist die innere Öffnung, von welcher in schiefer Richtung ein Kanal noch unterläuft bis zu der äußeren Lage. Letztere wird gebildet durch das dicke Sacralband mit einer dünnen Befestigung am Schambein. Die äußere Öffnung ist die Mündung der Scheide.

Der intraabdominelle Druck wird so wirken, dass der schwache Theil der einen Lage gegen die Dicke der anderen angedrängt wird. Ein Bruch, d. h. ein Prolaps der Gebärmutter und Scheide wird dann entstehen wenn:

1) der Druck so groß ist, dass er den Widerstand beider Lagen überwindet,

2) die beiden Ringe oder Öffnungen sich über einander legen. Dies ereignet sich bei Verletzungen der oberen Lage — der Uterosacral- und breiten Mutterbänder, oder der unteren — des Dammes.

Engelmann (Kreuznach).

---

3) **A. McLaren** (Minnesota). Dammrisse.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. September. p. 937.)

M. spricht sich für unmittelbare Vereinigung aus und empfiehlt zu dem Zwecke die fortlaufende, versenkte Naht.

Engelmann (Kreuznach).

---

4) **R. W. Raudnitz** (Prag). Über die Verdaulichkeit gekochter Milch.

(Zeitschrift für physiol. Chemie Bd. XIV. Hft. 1.)

R. versucht die Frage über Verdaulichkeit roher und gekochter Milch klar zu stellen unter besonderer Berücksichtigung der Kalkaufnahme. Die Versuche werden an dem Magen eines Hundes ge-

macht, dessen Verdauungskraft geprüft ist. Das Ergebnis ist folgendes: Der Stickstoff der gekochten Milch wird etwas schlechter ausgenutzt, als der der rohen Milch. Die Ausnutzung des Fettes zeigt keinen Unterschied; die Versuche über die Ausnutzung von Kalk geben am Hunde kein Resultat; Verf. meint, die Versuche müssten an solchen Thieren vorgenommen werden, die den gesammten Kalk der Nahrung ansetzen, oder an vorher von Kalk ausgehungerten Thieren. Wenn bei Milchfütterung mehr Kalk ausgeschieden wird, als bei gemischter Nahrung, so enthielt eben die verfütterte Milch mehr Kalk als das Thier brauchte, während die gemischte Nahrung, bei der weniger Kalk ausgeschieden wurde, schon nachweislich geringere Kalkmengen enthielt. Dass bei roher Milch weniger Kalk ausgeschieden wird, als bei später gefütterter, gekochter, hat seinen Grund im Kalkhunger, der bei Fütterung mit weniger kalkhaltiger gemischter Nahrung entstand. Verf. will durch seine Arbeit hauptsächlich auf den methodischen Standpunkt bei der Untersuchung der Kalkausnutzung aufmerksam gemacht haben. Von praktischem Werth ist die Bemerkung, dass ein Säurezusatz zu sterilisirter Milch zweckmäßig ist und zwar soll man einen Kaffeelöffel von Acid. mur. dil. sol. 4,0 : 100,0 zu 200 ccm Milch zusetzen.

K. Ruhemann (Berlin).

---

5) **Terrillon** (Paris). Behandlung der Endometritis.

(Bull. génér. de thérapeut. 1889. August 15.)

Die Endometritis tritt entweder nach dem Wochenbett auf, oder sie ist gonorrhoischer Natur; bisweilen ist sie die Folge mangelnder Asepsis bei der ärztlichen Untersuchung oder einer uterinen Verletzung. Die Schilderung der pathologischen Veränderung giebt keine neuen Gesichtspunkte, eben so wenig die der Symptome der Erkrankung. Hinsichtlich der Therapie räth T. bei dem Eingriff peinlichste Antisepsis zu beobachten, da kein Organ der septischen Infektion so zugänglich wäre wie gerade der Uterus; die erfolgreiche Behandlung könne nur die intra-uterine sein, vor der der Arzt bei Befolgung der Antisepsis nicht zurückzuschrecken brauche. Von den zwei Methoden, in den Uterus einzudringen, sei die eine ohne Dilatation des Cervix verlassen; die Erweiterung des Cervix gebe weit bessere Resultate. Nach Besprechung der bekannten Dilatationsmittel spricht er dann auch der Methode von Vuillet (Genf) das Wort; die Jodoformwatte habe den Vorzug, ihre Einführung sei weniger schmerzhaft und es fehle die Reizung der Schleimhaut, eine Wirkung, die den übrigen Mitteln anhafte. Nach der Dilatation und nach Inspektion des Cavum uteri sei es dem Urtheil des Einzelnen überlassen, die Curettage oder die Applikation der bekannten medikamentösen Stifte zu wählen. **K. Ruhemann** (Berlin).

---

6) J. W. Taylor (Birmingham). Klinischer Vortrag über Pyosalpinx mit Bemerkungen zu der alten und neuen Ansicht über Para- und Perimetritis.

(Lancet 1889. September 21.)

Als neue Ansicht stellt T. auf: Parametritis als Name einer häufigen Erkrankung ist eine fehlerhafte Bezeichnung, man begegnet dieser Cellulitis der Lig. lat. nur gelegentlich als pathologische Seltenheit. Perimetritis ist Salpingitis, diese letztere ist die wesentliche Erkrankung, die beiden alten Bezeichnungen waren falsch und nicht zutreffend.

Das Präparat, das Redner seinem Vortrage zu Grunde legt, stammt von einer 34jährigen VIIIpara, die bis zu Beginn ihrer Erkrankung, über deren Ätiologie nichts gesagt ist, gestillt hatte. Die Diagnose lautete auf Tubenabscess mit den Erscheinungen örtlicher Peritonitis. Die Operation wurde in der Anstalt vorgenommen, als Antisepticum einfach heißes Wasser, Silkworm zu Naht und Ligatur. Die linke Tube zeigt sich auch in einen dem Platzen nahen kleinfaustgroßen Abscess verwandelt, die rechte noch ziemlich gesunde wurde prophylaktisch entfernt. Drain im Douglas. Wenn auch mit Ausnahme des Abscesses selbst und der Verlöthung des Fimbrienendes alle Erscheinungen wieder hätten schwinden können, so bestand doch für die Operation eine doppelte Indikation: 1) das Leben zu retten; 2) Herbeiführung einer rascheren Genesung. Kurz vorher hatte Verf. einen ganz ähnlichen Fall durch Perforation in die Bauchhöhle verloren. Ist auch dieser Weg der Perforation der seltenere, so indicirt doch jeder Pyosalpinx eine Explorativincision zu Entleerung des Eiters und wenn möglich Herausnahme des ganzen Herdes. Tritt Heilung ohne Operation ein, so ist man recht froh, solche innerhalb dreier Jahre von den ersten Symptomen an gerechnet eintreten zu sehen, da sehr häufig die Abscesse multipel sind. Im vorliegenden Falle wurde nicht ganz 2 Monate nach den ersten Krankheitserscheinungen zur Operation geschritten, drei Wochen nach derselben war Pat. rekonvalescent und in 6—8 weiteren Wochen fähig ihren Pflichten wieder nachkommen zu können.

Herdegen (Stuttgart).

Kasuistik.

7) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 9. Mai 1890.

Vorsitzender: Herr Olshausen; Schriftführer: A. Martin.

Der Vorsitzende begrüßt die in der vorigen Sitzung aufgenommenen Mitglieder und überreicht ihnen die Diplome.

Eins der ältesten Mitglieder der Gesellschaft, Herr Kristeller, feiert am 26. Mai seinen 70. Geburtstag. Auf Vorschlag des Vorsitzenden wird der Vorstand beauftragt, dem Jubilare die Glückwünsche der Gesellschaft darzubringen.

Sodann gelangt zur Verlesung:

Der Bericht über die Thätigkeit der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin im Geschäftsjahr 1889/90.

Die Gesellschaft hielt 16 Sitzungen ab. In diesen wurden 17 Vorträge gehalten.

Zwei derselben hatten embryologische resp. entwicklungsgeschichtliche Beobachtungen zum Gegenstand, 10 beschäftigten sich mit geburtshilflichen Fragen, 2 mit gynäkologischen. Ein Vortrag berichtete über bakteriologische Studien, 2 behandelten Fragen der Abdominalchirurgie, welche in das Grenzgebiet der operativen Gynäkologie fallen. An diese Vorträge schloss sich in der regelmäßig zahlreich besuchten Versammlung eine lebhafte Diskussion an. In Folge der ausgedehnten Betheiligung der Mitglieder an solchen Erörterungen wurden 4 Sitzungsabende lediglich durch Diskussionen ausgefüllt.

Die Sitzungen wurden durch die Demonstration von Präparaten eingeleitet, mehrfach haben auswärtige Fachgenossen als Gäste solche Präparate und Apparate vorgelegt.

Die Gesellschaft hat im verflossenen Jahre eins ihrer Ehrenmitglieder, Herrn Litzmann, durch den Tod verloren.

Die Mitgliederzahl hat sich von dem Bestande von 166 am Ende des vorigen Berichtsjahres durch Tod oder Ausscheiden vermindert um 6. Dafür sind in den beiden Aufnahmeterminen 4 resp. 5 Berliner Ärzte als ordentliche Mitglieder der Gesellschaft zugeführt worden, so dass sie mit einem Bestand von 169 in das neue Gesellschaftsjahr eintritt. Die Zahl der auswärtigen Mitglieder hat sich um zwei vermehrt; die Gesellschaft zählt jetzt 121 auswärtige und außerordentliche Mitglieder und 3 Ehrenmitglieder.

Zum Zweck der Vorbereitung einer Festschrift, welche die Gesellschaft der Sektion für Geburtshilfe und Gynäkologie des X. internationalen medicinischen Kongresses zu überreichen beschlossen hat, sind durch Gesellschaftsbeschluss 1600 Mark aus dem Fond angewiesen worden, der für die Feier des 50jährigen Bestehens der Gesellschaft angesammelt worden ist.

Bei der Neuwahl des Vorstandes wird Herr Olshausen zum ersten Vorsitzenden gewählt, die Herren Gusserow und Jaquet zum ersten, resp. zweiten Stellvertreter des Vorsitzenden, A. Martin zum ersten, Herr Dührssen zum zweiten Schriftführer, Herr C. Ruge zum Kassenführer.

Die Gesellschaft geht sodann zur üblichen Feier des Stiftungsfestes über.

---

8) **Terrillon** (Paris). **Bericht über eine fünfte Serie von 35 Ovariotomien.** (Pariser chirurgische Gesellschaft vom 22. Mai 1889.)

(Revue de chir. 1889. No. 10.)

Diese Serie, welche die Operationen vom 8. Juli 1888 bis zum 11. Februar 1889 umfasst, hat nur einen Todesfall zu verzeichnen. Derselbe betrifft eine 37jährige Pat., welche zum ersten Male im Juli 1887 an einer Cyste des rechten Ovariums operirt wurde. Nach einigen Monaten entwickelt sich eine Cyste auf der anderen Seite. Einige Tage vor ihrem Eintritt ins Hospital birst diese Cyste, bei der Operation findet man zahlreiche, bedeutende Adhäsionen und eine das Peritoneum bedeckende syrupartige Masse. Die Operation dauert eine und eine halbe Stunde; 32 Stunden nach der Operation stirbt die Kranke an Erschöpfung. Was die Natur dieser Cysten anlangt, so waren 28 multilokulär, 2 unilokulär, 4 lagen innerhalb des Ligamentum latum, 1 war eine Dermoidcyste; 3mal barst die Cyste ins Peritoneum, in 4 Fällen fand sich eine Torsion des Stiels. Die Operation an sich war nur in 3 Fällen einfach; in 3 Fällen waren geringe Adhäsionen; in der großen Mehrzahl sah man sich bedeutenden Schwierigkeiten gegenüber. Dreimal war die Operation unvollständig, das Resultat trotzdem günstig; die in loco zurückgelassenen Theile wurden drainirt und fetzenweise entfernt. T. wendet die Drainage des Abdomens überall da an, wo die Operation größere Störungen hervorgerufen hat; er hat sie in 7 der vorerwähnten Fälle benutzt. Der Drain wurde nach 48 Stunden entfernt; in einigen Fällen blieb eine kleine Fistel bestehen. In

12 Fällen wurde die Toilette des Peritoneums mit abgekochtem und filtrirtem Wasser vorgenommen, ohne dass der geringste Zwischenfall beobachtet wurde.

In einem Fall nach einer 1½ Stunde dauernden Operation hat T. eine Paralyse des Darmes beobachtet, gegen welche der faradische Strom in 3 Sitzungen sich machtlos erwies. Erst am 4. Tage hörte sie allmählich auf und leichte Purgantien führten dann wieder zur Bewegung des Darmes. Ähnliche Zustände sind von Olshausen beschrieben worden, welcher diese Paralyse dem Umstand zuschreibt, dass der Darm der Luft zu lange Zeit ausgesetzt war. In dem vorliegenden Falle scheint es derselbe Grund gewesen zu sein; man kann aber auch in gleichem Maße einen leichten Grad von Entzündung des serösen Überzuges des Darmes verantwortlich machen, welche durch ihren Kontakt mit dem gelatinösen Inhalt der Cyste hervorgerufen war.

T. reinigt seine Kranken früher und öfter, als er es vordem zu thun pflegte. Er wendet bei ihnen in gleicher Weise Naphthol an und Bismuthum subnitricum, um die Entwicklung von Gas zu verhindern. **K. Ruhemann** (Berlin).

9) Angelini (Frosinone). Entfernung einer Ovarialcyste bei einer Schwangeren.

(Revue de chir. 1889. No. 9.)

A. hat einen großen Ovarialtumor bei einer Gravida im 5.—6. Monat exstirpirt, deren Gravidität erst während der Operation erkannt wurde. Die Schwangerschaft nahm ihren normalen Verlauf; da aber die Frau sich schwerer Arbeit und häufigem geschlechtlichen Verkehr hingab, trat die Niederkunft nach 55 Tagen ein. Außer langsamer Involution des Uterus war das Wochenbett normal.

K. Ruhemann (Berlin).

10) Polaillon (Paris). Salpingitis duplex und Oophoritis purul. dextra; Exstirpation beider Tuben und Ovarien; Heilung.

(Revue obstétr. et gynécol. 1888. December.)

Die Vorgeschichte und Krankheitsverlauf des Falles bieten nichts Außergewöhnliches. Bei der Operation wurde wegen starker Blutung aus den zahlreich gelösten Adhäsionsflächen das Peritoneum mit 4 Liter 1%iger Karbolsäure ausgespült. Hierbei schwere Ohnmacht; die Athembewegungen stellten sich erst ein, als der Hautschnitt zur Tracheotomie gemacht wurde, die hierdurch unnöthig wurde. Die Kranke genas vollständig von ihren Beschwerden. Das rechte Ovarium war in einen über nussgroßen Sack mit dickem, gelben Eiter verwandelt; Tube fingerdick, Abdominalende atrophisch, aufgebläht, ohne Fimbrien. Linke Tube stellt eine dicke gebogene Wurst dar, bloß durch Wandverdickung gebildet; Ovarium scheinbar gesund. **Zeiss** (Erfurt).

11) T. F. Fleetwood (Melbourne). Eitrige Peritonitis, Incision, Heilung.

(Austral. med. journ. 1889. Oktober 15.)

10jähriges Mädchen mit akuter exsudativer Peritonitis. Punktion unter dem Nabel ergiebt Eiter, Öffnung erweitert, Abdomen ausgewaschen zunächst mit Sublimat-Salzlösung, dann mit heißem Wasser. Entleert wird Eiter und geronnene Lymphmassen. Hierauf Drainage. Heilung in 9 Wochen vollständig. Ob Tuberkulose irgend wie in Frage kam, ist nicht ersichtlich. **Zeiss** (Erfurt).

12) Dumontpallier (Paris). Chlorzinkbehandlung der Endometritis.

(Arch. gén. de méd. 1889. September.)

In der Akademie der Medicin werden die Erfolge von 87 einmaligen Einlegungen eines Dauerstiftes von Chlorzink mitgetheilt; es ergaben sich 82 Heilungen, 2 Besserungen, 3 Misserfolge (Dumontpallier und Polaillon). Als Indikationen galten alle chronischen Endometritiden mit alten Gewebsveränderungen und eitrigem resp. schleimig-eitrigem Sekret; alle infektiösen Endometritiden, alle hämorrhagischen, alle Uterusblutungen überhaupt, außer solchen geburts-

hilflichen oder myomatösen Ursprungs. Während Frauen nach der Menopause die Stifte gut vertrügen, müsse man bei jungen Frauen vorsichtig sein.

Zeiss (Erfurt).

13) **Jules Vilcoq** (Paris). **Intra-uterine Frakturen.**

Thèse de Paris, **G. Steinheil**, 1888. 115 S.

Verf. unterscheidet vom ätiologischen und symptomatologischen Standpunkt mehrere Arten von intra-uterinen Frakturen. Traumatische Frakturen entstehen in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft in Folge von Fall oder Stoß aufs Abdomen der Schwangeren. Leider führen diese meist inneren Traumen nicht immer den Abort herbei; dann werden die Kinder am Ende der Gravidität mit einfachen, ja komplicirten Frakturen geboren; bisweilen sind die Brüche schon im Mutterleib geheilt, oft geben sie gar keine Aussicht auf Besserung. Wenn diese Frakturen ihren Sitz am Schädel haben, so kann man sie von absichtlich post partum beigebrachten verbrecherischen Verletzungen durch ihren Sitz und durch die Beschaffenheit der Lungen unterscheiden.

Die Frakturen mit angeborenen Missbildungen haben eine bei Weitem dunklere Ätiologie. Wenn gleich man auch hier oft eine äußere Verletzung während der Schwangerschaft als Ursache anführt, so lässt doch das Vorkommen solcher Missgestaltungen, wie das theilweise Fehlen der Fibula zusammen mit einer Fraktur der Tibia die Annahme nur eines Trauma allein nicht gut zu. Zu den sogenannten Spontanfrakturen liefern den Hauptantheil die Rachitis, die Syphilis und ein noch wenig gekannter Schwächezustand des Knochensystems. Die angeborenen Frakturen sitzen mit Vorliebe an den unteren Extremitäten. Sie können während des intra-uterinen Lebens heilen. Wird ein Kind mit einer nicht geheilten intra-uterinen Fraktur geboren, so ist die Behandlung dieselbe, wie beim Erwachsenen; wenn die Verletzung nicht lebensgefährlich ist, kann man auch mit dem therapeutischen Eingriff bis Ende der ersten Kindheit warten.

K. Ruhemann (Berlin).

14) **E. Frank** (Prag). **Zwei Fälle von Verletzungen der Scheide durch den Coitus.**

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 50.)

Im Verein deutscher Ärzte in Prag (Sitzung vom 15. November 1889) demonstrirte Dr. E. Frank zwei Fälle von Verletzungen der Scheide durch den Coitus, die auf der Klinik des Herrn Prof. Schauta zur Beobachtung kamen.

Der erste Fall betraf eine 32jährige Arbeiterin, welche mit den Zeichen der akuten Anämie in die Klinik gebracht wurde. Bei der Genitaluntersuchung fand man die Scheide im hinteren Scheidengewölbe von der Portio abgerissen. Die Kontinuitätstrennung setzte sich auf die Portio fort und endigte links im Scheidengewölbe. Die Wunde hatte eine Länge von 4 cm, klaffte auf $^1/_2$ cm. Das Peritoneum war nicht verletzt. Die Wunde wurde durch die Naht vereinigt, worauf die Blutung vollkommen stand. Der Verlauf war ein reaktionsloser.

Anamnestisch wurde erhoben, dass Pat. mit einem Manne 2 Stunden vor der Aufnahme einen Coitus vollzogen hatte, dass sie gleich bei der Immissio penis einen Schmerz verspürte, und dass nach Beendigung des Coitus sich sofort Blut aus der Scheide entleerte. Pat. hatte vor einem halben Jahre einmal am normalen Schwangerschaftsende geboren. Weiter erscheint von Wichtigkeit, dass Pat. mit demselben Manne vor nicht zu langer Zeit geschlechtlich verkehrt hatte.

Für die Entstehung der Kolporrhexis führt der Vortr. an die starke Spannung der hinteren Vaginalwand bei bestehender Retroflexio uteri, weiter die Stellung beim Coitus, dieselbe war eine halb sitzende. Bei diesen günstigen Verhältnissen konnte bei einem stürmischen Coitus eine solche Dehnung des Gewebes zu Stande kommen, dass es an dieser Stelle zu einer Laesio continui kommen konnte. Vortr. betont die Seltenheit des Falles, die praktische Bedeutung sowohl in praktischer, wie forensischer Beziehung.

Bei einem zweiten Falle demonstrirt F. eine Vagina duplex mit einem Hymen bifenestratus. Die linke Vagina lagert mehr nach vorn und führt zu einem nor-

malen Uterus, die rechte Vagina endigt 4 cm oberhalb des Introitus vaginae blind. Das Septum zwischen den beiden Vaginen ist $^1/_2$ cm oberhalb des Hymen eingerissen, das Hymen der rechten Seite vielfach lacerirt, das der linken intakt.

Beim Coitus wurde ersteres eingerissen, so wie das Septum. So wurde bei erhaltenem Hymen der linken Seite der Coitus in die linke Scheide vollzogen.

In forensischer Beziehung verdient der erste Fall vollste Beachtung. Prof. v. Maschka bemerkt, dass er bei der Untersuchung der Geschlechtstheile, besonders in Fällen von Nothzucht, zwar Zerreißungen des Dammes und Verletzungen im Introitus vaginae sehr häufig zu sehen Gelegenheit hatte, niemals jedoch eine Abreißung des Scheidengewölbes. **K. Ruhemann** (Berlin).

15) **Tarnier** (Paris). **Vierlingsschwangerschaft.**

(Arch. gén. de méd. 1889. September.)

Jedes Kind in besonderem Eisack; 11—12 Liter Fruchtwasser (nach Schätzung der Hebamme); Gewicht der Nachgeburt 1580 g, der Kinder 8180 g. Dieselben leben (wie lange p. p. ist nicht ersichtlich). **Zeiss** (Erfurt).

16) **Arnott** (Bombay). **Kaiserschnitt, Heilung.**

(Edinb. med. journ. 1888. August.)

21jährige Mohamedanerin; eine Frühgeburt im 7.—8. Monat ist vorhergegangen. Jetzt am Ende ihrer 2. Schwangerschaft seit 36 Stunden Wehen, seit 24 Stunden ist die Blase gesprungen. I. Schädellage, Kind lebt, Cervix dilatirt, Conjugata vera knapp $1^3/_4$ Zoll; Spin. ant. sup. $9^1/_2$, Conj. ext. 5, Querer des Ausgangs $3^1/_2$, Conj. diagon. knapp 2 Zoll.

Zunächst wird Kraniotomie versucht, perforirt, ohne dass es gelingen will, den zerstörten Kopf ins Becken zu bekommen; erst als Pat. beginnt zu fiebern und Zeichen von Erschöpfung eintreten, wird zur Sectio caesarea geschritten Mitternacht. Uterus eventrirt und nach alter Methode operirt. Heilung etwas protrahirt durch Eiterung der Bauchnähte. **Zeiss** (Erfurt).

17) **Weissgerber.** **Über die Behandlung der Nachgeburtsperiode.**

Inaug.-Diss., Gießen, 1889.

W. berichtet über 100 Entbindungen, bei welchen die Nachgeburtsperiode nach folgenden Grundsätzen geleitet wurde: Es wird $^1/_2$ Stunde p. p. abgewartet, alsdann die nun gelöste und aus dem Hohlmuskel herabgetretene Placenta durch mäßigen Druck auf den Uterus aus der Scheide herausbefördert. In 9 Fällen erfolgte die Geburt des Mutterkuchens ganz spontan innerhalb der ersten halben Stunde; in der großen Mehrzahl der Fälle musste nach Ablauf dieser Frist die Expression vorgenommen werden. Durchschnittlicher Blutverlust 255 g. Stärkere Blutung in der Nachgeburtsperiode kam 2mal vor bei adhärenter Placenta. Nachblutungen traten in 6 Fällen ein (2mal bei Fiebernden). Verf. macht für dieselben nicht die Methode, sondern gegebene ungünstige Verhältnisse verantwortlich. Der Uterus involvirte sich in den meisten Fällen vorzüglich. W. kommt zu dem Schlusse, dass erst, wenn nach Ablauf einer halben Stunde trotz kräftiger Wehen die Nachgeburt noch nicht gelöst, d. h. der Uterus in die Höhe getreten ist, der Credé'sche Handgriff berechtigt sei; bei adhärenter Placenta wird auch dieser nicht genügen. **F. Spaeth** (Hamburg).

18) **Weill** (Lyon). **Meningitis; Tuberkulose des Uterus.**

(Lyon méd. 1888. September 16.)

17jähriges, noch nicht menstruirtes Mädchen geht unter den Erscheinungen einer linksseitigen Meningitis zu Grunde. Die Autopsie ergiebt deren tuberkulöse Natur, so wie tuberkulöse Endometritis mit käsigem Material in der Uterushöhle. (Genauere Daten sind nicht berichtet. Ref.) **Zeiss** (Erfurt).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUN 25 1890

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 24. **Sonnabend, den 14. Juni.** **1890.**

Inhalt: I. **O. Küstner**, Bedingen Brandschorfe in der Bauchhöhle Adhäsionen? — II. **Apostoli und Laquerrière**, Über die Wirkung des positiven Pols des konstanten galvanischen Stromes auf die Mikroorganismen und besonders auf die Milzbrandbacillen. — III. **von Stryk**, Die intra-uterinen Ätzungen bei Endometritis. (Original-Mittheilungen.)

1) **Samschin**, Bakterien der Scheide. — 2) **Schrader**, Wendung. — 3) **Freund**, Ichthyol. — 4) **Margoulieff**, Pocken. — 5) **Fritsch**, Asepsis. — 6) **Gaudard**, Diabetes. — 7) **Chantreuble**, Metritis. — 8) **Fournier**, Lues.

9) **Thorn**, Extra-uterin-Schwangerschaft. — 10) **Hermann**, Infantile Osteomalacie. — 11) **W. Meyer**, Osteomalacie. — 12) **Prinzing**, Anatomie der Placenta. — 13) **Duke**, Amenorrhoe. — 14) **Leviet**, Äußere Wendung. — 15) **Charles**, Sectio caesarea. — 16) **Durieux**, Drillinge. — 17) **Venn**, Carcinom und Myom. — 18) **Frank**, Fibromyoma colli. — 19) **Coats**, Heilung tuberkulöser Peritonitis. — 20) **Chassagny**, Inversio uteri.

X. internationaler medicinischer Kongress zu Berlin 1890.

I. Bedingen Brandschorfe in der Bauchhöhle Adhäsionen?

Von

Otto Küstner.

Die für die abdominale Chirurgie so ungemein wichtige Frage über die Entstehungsbedingungen und -Ursachen der peritonealen Adhäsionen hat nach mehrfachem Austausch der Erfahrungen praktischer Gynäkologen und Chirurgen in der Arbeit von Dembowski[1] eine vorläufige Erledigung und zwar auf experimentellem Wege gefunden. Dembowski fand dem Résumé seiner Arbeit zufolge, »dass nur fremde Körper, Ligaturen mit den entsprechenden Schnürstücken — letztere mit der früher angeführten Ausnahme — und Brandschorfe ganz sicher peritoneale Adhäsionen hervorrufen, dass dagegen etc«. Diese Sätze sind am Versuchsthier gewonnen. Für die verwendeten Species können diese Sätze vielleicht Gültigkeit be-

[1] T. v. Dembowski, Über die Ursachen der peritonealen Adhäsionen etc. v. Langenbeck's Archiv Bd. XXXVII. p. 745.

anspruchen, — vielleicht; eine bedingungslose Übertragung derselben aber auf die menschliche Chirurgie ist nicht gestattet.

Das beweist folgender Fall.

Frau L. Wiedermann wurde am 17. Oktober 1888 in meine Klinik aufgenommen. Sie ist 37 Jahre alt, hat 3mal, das letzte Mal vor 5 Jahren, geboren. Seit etwa 3 Jahren bemerkt sie einen Tumor im Leibe, welcher im letzten Jahre rapid gewachsen ist. Das Abdomen der aufs äußerste abgemagerten, elenden Person ist enorm ausgedehnt, der größte Umfang beträgt im Stehen 140 cm. Da das Tasten auch von den Genitalien aus wegen des Hochstandes des Uterus unmöglich war, nehme ich am 20. Oktober eine Punktion vor. Danach gelang es mittels des Schultze'schen Verfahrens leicht, den Tumor als rechtsseitigen Ovarientumor zu erkennen.

Am 21. Oktober Laparotomie. Schon nach dem Bauchschnitt floss eine beträchtliche Menge Cystenflüssigkeit, welche nach der Punktion in das Abdomen gelaufen war, ab. Diese Flüssigkeit hatte in einigen Furchen des parvilokulären Tumors Platz gefunden. Sonst war der Tumor außer mit dem Netz allenthalben parietal adhärent, und zwar ganz ungewöhnlich fest. Diese parietalen Adhärenzen wurden natürlich, so weit es ging, mit der Hand getrennt, an einigen Stellen war es unmöglich, und hier wurde mit dem Paquelin in ausgedehntester Weise nachgeholfen. Nachdem nach äußerst mühsamer Arbeit der Tumor aus dem Abdomen und der Bauchwunde heraus entwickelt war, stellte sich heraus, dass er auch noch im Becken in analoger Weise umfänglich adhärirte; am breitesten und festesten war er mit der ganzen freien Fläche der Blase verwachsen, derart, dass ich Gelegenheit nehmen musste, an die kurz vorher Sänger passirte Verwechselung, eine solche Blasenadhärenz als Stiel anzusprechen und abzuschneiden, zu erinnern.

Bei der Intimität der Verlöthung zwischen Blase und Tumor konnte ich die ganze Ausdehnung dieser Verlöthung ausschließlich mit dem Paquelin trennen, so dass schließlich an dieser Stelle allein eine verschorfte Fläche von 5—6 cm im Quadrat resultirte. Auch Adhärenzen des Tumors mit der Flexur, dem Fundus uteri und dem linken Ligamentum latum mussten theils nach Unterbindung scharf, theils mit dem Paquelin getrennt werden.

Der Stiel selbst war dünn; er war um 270° torquirt.

Der gesammte Tumor hatte, wie die Wägung der Geschwulst und der aufgefangenen Flüssigkeit ergab, ein Gewicht von mehr als 30 kg.

Nachdem der Tumor exstirpirt war, ergab sich ein auffallendes Bild. Trotz des großen Bauchschnittes, obschon das Abdomen, welches vorher so enorm gedehnt war, wie ein Buch aufgeklappt vor mir lag, sah man nirgends Dünndarmschlingen. Erst ein Blick unter die Hypochondrien, in die oberen Bauchregionen, ließ dieselben dort wahrnehmen als ein wenig umfängliches Konvolut. Das Darmrohr war schmal, alle Schlingen waren unter einander verklebt, jedenfalls

so fest, dass ein Zug an einer Schlinge das ganze zusammengebackene Packet Dünndarm in den Bereich der Bauchwunde beförderte. Es schien uns fast unverständlich, wie Darminhalt in den letzten Tagen vor der Operation noch dieses Labyrinth hatte passiren können. Die peritoneale Bekleidung der zusammengebackenen Darmschlingen war uneben, rauh, sammetartig anzusehen von eigenthümlich ziegelrother Farbe.

Ich hielt für nöthig, die so ungemein massenhaften Adhäsionen, welche der Dünndarm unter einander eingegangen war, zu lösen, und nahm es so vor, dass ich mir den ganzen Dünndarm, von der Regio iliaca dextra anfangend, durch die Finger fädelte. Dabei trennten sich die Adhärenzen leicht; da ich nach Trennung des Darmes auch noch die Absicht hatte, den jetzt von seinen Adhäsionen befreiten Dünndarm möglichst richtig zu lagern, musste ich den gesammten Dünndarm, und zwar jetzt vom Duodenum anfangend, noch einmal mir durch die Finger gleiten lassen. Der von seinen Adhärenzen befreite Dünndarm war darauf allenthalben mit unzähligen stecknadelkopf- bis größeren Bluttröpfchen bedeckt.

Schluss der Bauchwunde mit Silkwormgut; absolut fieberloser Verlauf. Entlassung am 8. December.

In ihrer Heimat machte sich die Kranke sofort wieder nach Aussage des Arztes, Dr. Drione, an schwere Arbeit, und diesem Umstande schrieb es der beobachtende Kollege zu, dass schon Anfang des Jahres 1889 sich bei der Pat. eine Bauchhernie von eminenter Ausdehnung bemerkbar machte.

Um sich auch von dieser heilen zu lassen, trat W. am 10. Februar 1890 wieder in meine Klinik ein.

Außer der erfreulichen Thatsache, dass Pat. an Körperfülle bis in das Excessive hinein zugenommen hat, finde ich eine Bauchhernie im Bereiche der ganzen Laparotomienarbe, also von der Symphyse bis etwa handbreit über den Nabel.

Am 16. Februar 1890 spalte ich die Hernie, resecire einige wenig umfängliche Netzträubchen, welche an der Peritonealfläche des Bruchsackes adhärent geworden waren, und kann mir dann nach Reposition des Netzes einen freien Einblick in die Bauchhöhle gestatten.

Zunächst frappirte mich die Farbe und das Aussehen des Dünndarmes; blassrosa, schön glänzend und glatt allenthalben. Ich lege mir die Dünndarmschlingen aus einander, nirgends Adhäsionen, ich suche mir die Stellen, wo laut Journal an der Parietalwand getrennt und unterbunden war, überall glattes Peritoneum. Dann dränge ich die Dünndarmschlingen zurück und inspicire das Becken; die obere Blasenwand ist in großer Ausdehnung mit glattem Peritoneum versehen, Uterus frei an seiner vorderen und hinteren Wand, das linke Ovarium normal klein, zeigt einige strangartige Verwachsungen mit der hinteren Beckenwand, vermuthlich noch Überbleibsel von den massenhaften Adhärenzen, welche bei der Ovariotomie gefunden wurden. Nirgends, auch nicht an der rechten Adnexa uteri, wo die

Unterbindung des Stieles stattgefunden hatte, fanden sich Verklebungen.

Im höchsten Maße interessant in diesem Falle ist einmal die Beobachtung, dass die bei der Ovariotomie angetroffene chronische Entzündung des Peritonealüberzuges des gesammten Dünndarmes bei der 14 Monate später vorgenommenen Laparotomie sich als vollständig zurückgebildet erwies. Für die oben beregte Frage aber interessirt besonders die Regeneration des Peritonealendothels an der Stelle der in diesem Falle ungewöhnlich umfänglichen Brandschorfe.

Ich würde diesen einzelnen Fall nicht veröffentlichen, wenn ich nicht vielleicht hoffen könnte, durch diese kleine, aber doch wohl überzeugende Publikation dem vorzubeugen, dass Dembowski's Sätze, besonders so weit sie sich auf Brandschorfe beziehen, maßgebend für operatives Handeln am Menschen werden könnten. Dembowski selbst spricht sich am Ende seiner Arbeit vielleicht nicht vorsichtig genug aus, wenn er p. 761 sagt »... Aber nach unseren Erfahrungen bei Laparotomien können wir keine so durchgreifenden Differenzen zwischen dem Peritoneum des Menschen und des Hundes konstatiren, dass wir ein wesentlich abweichendes Verhalten des ersten erwarten dürften. Jedenfalls lassen sich ohne Einschränkung die großen Differenzen in der Reaktion des Peritoneums auf die verschiedenen mechanischen und chemischen Reize auch bei menschlichem Peritoneum voraussetzen.« — Und auch in No. 16 dieser Zeitschrift lese ich in der Arbeit von Präger von einer Anwendung von Dembowski's Sätzen auf die menschliche Chirurgie, welche, wie obiger Fall lehrt, als noch verfrüht zu betrachten ist.

II. Über die Wirkung des positiven Pols des konstanten galvanischen Stromes auf die Mikroorganismen und besonders auf die Milzbrandbacillen.

Von

Dr. **Apostoli** und **Laquerrière** aus Paris.

(Notiz, gelesen vor der Akademie des Sciences, Sitzung vom 28. April 1890.)

Schon im Jahre 1886 [1] haben wir die antiseptische Wirkung des konstanten galvanischen Stromes vorausgesehen. Wir haben uns die letzten 2 Jahre damit beschäftigt und sind zu folgenden Resultaten gekommen:

Zu unseren Versuchen brachten wir die beiden Pole an beide Enden desselben Reagirglases, enthaltend die Bouillonkultur. Die beiden Pole waren 2—3 cm in der Bouillon über einander gelegt. Alle unsere Versuche wurden kontrollirt durch Verimpfung der be-

[1] Apostoli, Traitement de l'endométrite par la galvanocaustique chimique intra-utérine 1886. p. 38 et 50.

treffenden Kultur auf Nährmedien, so wie durch Thierexperimente (Kaninchen und Meerschweinchen).

Hier sind unsere ersten und grundsätzlichen Schlüsse:

1) Die Wirkung des konstanten galvanischen Stromes auf die Kulturen steht in direkter Verbindung mit der Intensität des Stromes nach Milliampères gerechnet.

2) Bei derselben Intensität und den gleichen Umständen kommt es nicht auf die Dauer der Applikation an, sondern die Intensität des Stromes allein bleibt immer der Hauptfaktor.

3) Ein Strom von 300 Milliampères und mehr 5 Minuten lang applicirt, vernichtet stets die Milzbrandbacillen. Die Übertragung auf Nährböden von der so behandelten Kultur blieben steril. Eben so verlief die Impfung auf Meerschweinchen reaktionslos.

4) Ein Strom von 200—250 Milliampères 5 Minuten lang applicirt, vernichtet nicht stets und sicher die Virulenz. Einige Meerschweinchen starben noch, aber erst längere Zeit nach den Kontrollthieren, welche mit der Kultur geimpft wurden, welche der Wirkung des Stromes nicht ausgesetzt war.

5) Ein Strom von 100 Milliampères und darunter bei einer Applikation von sogar 30 Minuten vernichtet nicht die Virulenz. Es bildet sich eine Abschwächung, welche mit der Intensität des Stromes steigt. In diesem Falle sterben die geimpften Meerschweinchen 1—2 Tage später als die Kontrollthiere. Seit dieser Zeit haben wir festgestellt, dass diese Ereignisse unabhängig sind von der thermischen Wirkung, welche alle Elektrolysen begleitet, und wir haben die isolirte Wirkung der Pole und des Theils des Umkreises studirt, welcher zwischen den Polen steht.

Wir können die weiter folgenden Schlüsse zusammenfassen:

1) Man kann den Wärmestoff des Stromes verhindern und trotzdem die Vernichtung oder Abschwächung der Bakterien erreichen.

2) Der positive Pol allein vernichtet oder schwächt die pathogenen Mikroorganismen ab, für welche die intrapolarische Wirkung und die Wirkung des negativen Pols gleichgültig bleiben.

3) Die antiseptische Wirkung des positiven Pols (in einem Nährmedium ganz getrennt vom negativen Pol) zeigt sich unter einer schwächeren elektrischen Dosis, wie in dem ersten Experiment (wo die beiden Pole neben einander stehen, ihre gegenseitige Wirkung abschwächen), also der positive Pol tödtet nicht bei 50 Milliampères während einer Dauer, welche zwischen 5—30 Minuten schwankt, aber über 50 Milliampères die Abschwächung anfängt, allmählich steigt und bei einer Applikationsdauer von 5 Minuten zwischen 100 und 150 Milliampères konstant wird.

4) Der allgemeine Schluss, welcher sich aus unseren Versuchen ergiebt, ist, dass die sogenannte medicinische Dosis (50 bis 300 Milliampères) keine Wirkung sui generis auf die Kulturen in einem homogenen Nährboden hat und dass eine einzige

positive polarische Wirkung verursacht worden ist durch Erzeugung von Säuren und Sauerstoff, welches wir in unserer nächsten Notiz beweisen werden.

III. Die intra-uterinen Ätzungen bei Endometritis.

Von

Dr. von Stryk, Riga.

Unter gleicher Überschrift veröffentlichte Dr. Wilh. Schrader in No. 15 dieses Centralblattes einen Aufsatz, der mich zu einer Entgegnung veranlasst.

Dass intra-uterine Ätzungen, wie wohl jede chirurgische Therapie, gelegentlich von entzündlichen Folgeerscheinungen begleitet werden, kann leider nicht in Abrede gestellt werden. Doch hieße es die Ursache zu weit suchen, wollte man die angewandten Ätzmittel, alle mehr oder weniger energische Antiseptica, beschuldigen, anstatt, was Herr Dr. Schrader nur oberflächlich streift, die Beizungstechnik selbst verantwortlich zu machen.

Septische Infektion und als deren Folge entzündliche Erkrankungen riskiren wir nach heutiger Anschauung doch wohl nur bei Wunden, während intakte Schleimhaut den sichersten Schutz des Organismus gegen dieselbe bietet. Mögen sich also die Schorfe resp. coagulirte Schleimmassen in Verbindung mit antiseptischen Flüssigkeiten auch als noch so keimreiche Nährböden erweisen, so lange der Arzt durch seine Behandlung keine Kontinuitätstrennungen am Endometrium setzt, braucht er sie nicht zu fürchten.

Mit diesem theoretischen Raisonnement glaube ich der praktischen Erfahrung die Hand zu reichen. Welcher Frauenarzt hätte nicht beispielsweise als Ursache einer Peri-Parametritis die Einführung eines Intra-uterin-Pessars, ja selbst einfaches Sondiren der Uterushöhle nachweisen können? Wie mit den genannten Instrumenten kann freilich auch mit einer irgend wie genannten Ätzsonde, selbst mit der Gänsefeder Dr. Schrader's, eine Epithelabschürfung bewerkstelligt und damit der septischen Infektion Thür und Thor geöffnet werden, ich gebe zu: leichter als mit der einfachen Uterussonde, mit welcher meist schonender verfahren wird. Die leichte, schonende Führung des Instrumentes scheint mir das Punctum saliens und die damit verbundene Sicherung der Schleimhaut vor Verletzung.

Anders steht es mit der Ausschabung, bei der wir wissentlich eine Wundfläche herstellen. Bei dieser erscheint die Infektionsgefahr im höchsten Grade imminent, daher das strengste antiseptische Verfahren geboten, und zwar in einem Umfange, wie es in der ambulatorischen Praxis unmöglich ist (Reinigungsbad, Rasiren der Pubes nebst Schenkel, Desinfektion der Analgegend, gründliche Scheidenauswaschung, Asepsis des Operateurs). Namentlich auch um der Infektion vorzubeugen, ist beim Curettement das Eröffnen und Offen-

halten des Cervicalkanals auch nach der Operation erforderlich; denn ist der Abfluss für etwa virulenten Inhalt gesichert, so dürfen wir direkt durch Kälte oder Ergotin die nach dem Eingriffe an sich bestehenden Uteruskontraktionen verstärken, sie werden uns vor unerwünschter Resorption besser schützen, als die Auslöffelung frischer Coagula.

Warum die »physiologischen Kontraktionen des Uterus« als »herausbefördernd« von der »stärkeren Wehenthätigkeit«, bei welcher »desto leichter Resorption stattfinden« soll, von Dr. Schrader so streng geschieden werden, will mir nicht einleuchten. Der doch nur graduelle Unterschied in der Kontraktionsenergie scheint für die Wirkung weniger maßgebend, als der fehlende oder vorhandene Verschluss des Muttermundes. Sollte die These im citirten Aufsatze zu Recht bestehen, welcher Geburtshelfer hätte dann noch den Muth, namentlich die Zuversicht in seine subjektive Antisepsis, nach intra-uterinen Eingriffen der Wöchnerin Secale zu geben?!

---

1) **A. Samschin** (Petersburg). Über das Vorkommen von Eiterstaphylokokken in den Genitalien gesunder Frauen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 16.)

S.'s Versuche sind in dem hygienischen Institut der Universität Berlin angestellt. Das nöthige Sekret entnahm er aus dem oberen Drittel der Vagina solcher Frauen, welche vorher nicht innerlich explorirt oder ausgespült worden waren, unter besonderen Vorsichtsmaßregeln.

Das Resultat seiner Untersuchungen widerspricht denen Winter's. In keinem Fall (im Ganzen wurde das Sekret von 10 Frauen untersucht) konnte die Anwesenheit von Staphylokokken konstatirt werden. S. selbst will mit Rücksicht auf das geringe verwandte Material noch nicht weitgehende Schlüsse aus diesem Ergebnis ziehen.

Graefe (Halle a/S.).

---

2) **W. Schrader** (Hamburg). Beitrag zur Ausführung der Wendung durch äußere Handgriffe allein.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 17.)

S. empfiehlt die äußere Wendung während der Schwangerschaft wie Geburt auf Grund eigener Erfahrungen, welche er als Lehrer an der Hebammenschule in Oppeln gesammelt. Diese veranlassen ihn auch, der Hoffnung Ausdruck zu geben, dass in Zukunft dies Verfahren in den Hebammenlehranstalten gelehrt, in neuen Auflagen der Hebammenlehrbücher beschrieben wird, da gerade die Hebammen, meist viel frühzeitiger zu Schwangeren und Kreißenden gerufen wie der Arzt, mehr und bessere Gelegenheit haben, sich derselben zum Nutzen ihrer Pflegebefohlenen zu bedienen als jener.

S. führt die äußere Wendung nicht so aus, wie sie bisher gelehrt wurde. Anstatt sie mit beiden Händen gleichzeitig vorzuneh-

men, bedient er sich nur einer. Als Ansatzstelle für dieselbe dient stets der Nacken bezw. dessen Grube. Sie darf nicht schieben, sondern nur drücken, indem die Finger einander ablösen und so gleichsam über die Bauchdecken fortlaufen. Mit dem Zeige- und Mittelfinger wird begonnen; sie löst der Ringfinger ab; schließlich tritt der Daumen ein. Die Richtung des auszuübenden Druckes soll nach der Linea alba gerichtet sein. — Zuerst ist die Wendung bei Rückenlage der Kreißenden zu versuchen; gelingt sie so nicht, so lässt man die Kreißende die geeignete Seitenlage einnehmen.

S. beschreibt seine Methode an einem Beispiel: Zweite Schulter- oder Rückenlage; Kopf rechts, Rücken über dem Beckeneingang. Verf. warnt hier, zumal wenn die Frucht nicht sehr beweglich, vor dem Versuch, den Kopf auf dem kürzesten Weg — rechts herab- nach dem Beckeneingang zu drängen, da hierbei leicht das Kinn von der Brust abweicht. Er empfiehlt vielmehr den Kopf auf dem weiteren Weg erst in der rechten Leibeshälfte bis in den Fundus, von da auf der linken Seite herab auf den Beckeneingang zu leiten.

Die zweite Hand soll nur ausnahmsweise zu Hilfe genommen werden, wenn der Kopf so weit nach hinten versteckt liegt, dass er auch in Seitenlage nicht hinlänglich zugänglich wird. Letzteres wird erreicht, indem die zweite Hand das andere Fruchtende energisch nach hinten drückt.

Das Verfahren lässt nach S. in der Schwangerschaft, auch bei Erstgebärenden, sehr selten im Stich, ausgenommen bei Zwillingsschwangerschaften, wenn beide Früchte sich in Geradlage befinden. Er konnte wiederholt aus dem Misslingen der Wendung die Diagnose auf Zwillinge stellen.

Die durch äußere Wendung hergestellte Schädellage muss in der Schwangerschaft durch eine gutsitzende feste Leibbinde (nicht Flanell), während der Geburt durch 3—4 m lange Wickelbinden gesichert werden.

Zum Schluss theilt S. mit, dass er bei 2 Schwangeren in der Hebammenlehranstalt demonstrationis causa die Wendung sehr oft ausgeführt habe. Die Früchte kamen 8—14 Tage in Folge Torsion der Nabelschnur macerirt zur Welt. Verf. wirft die Frage auf, ob nicht diese Erfahrung in Fällen von starker Beckenenge unter besonderen Verhältnissen praktisch zu verwerthen sei.

Graefe (Halle a/S.).

---

3) **H. W. Freund** (Straßburg i/E.). Über die Anwendung des Ichthyols bei Frauenkrankheiten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 11.)

In der Universitätsfrauenklinik zu Straßburg i/E. sind mit einer gleichzeitig innerlichen und äußerlichen Ichthyolbehandlung überraschend schnelle und vollkommene Heilresultate bei chronischer Parametritis, chronischer und subakuter Perimetritis mit Exsudationen oder Strangbildungen, bei Vernarbungen der Scheide und der Va-

ginalportion, bei chronischer Metritis, bei Entzündungen der Eierstöcke und Tuben, so wie deren Umgebung, bei Erosionen am Collum und bei Pruritus der äußeren Genitalien erzielt worden.

Innerlich wurde das Ichthyol in Form von dragirten Pillen anfänglich 3mal täglich 0,1, später die doppelte Dosis gegeben; äußerlich in einer Mischung von Ammon. sulfo-ichthyol. 5,0, Glycerin 100,0 auf Wattetampons in die Scheide gebracht. Bei energischen Resorptionskuren wurde es als Salbe (mit Lanol aa) oder als Schmierseife (Ammon. sulfo-ichthyol. 8,0, Sapo virid. 80,0) auf die Bauchdecken eingerieben; schließlich zur Unterstützung desselben Zweckes als Suppositorium (0,05—0,2) mit Butyr. Cacao in den Mastdarm gebracht. Bei Erosionen hat F. das reine Ammon. sulfo-ichthyol. aufgepinselt und sehr rasche Heilungen beobachtet. Bei Pruritus empfiehlt er die oben angegebene Salbenform oder eine 10%ige wässrige Lösung zum Aufpinseln.

F. rühmt dem Ichthyol, abgesehen von seiner günstigen Einwirkung auf das Allgemeinbefinden, seine mächtige resorbirende Kraft nach, ferner seine schmerzstillende Wirkung. **Graefe** (Halle a/S.).

---

4) **R. Margoulieff.** Über Pockenerkrankung des Fötus im Uterus.

Thèse de Paris, **G. Steinheil**, 1889.

Auf Grund von 16 einschlägigen Fällen — 2 derselben waren bisher noch nicht veröffentlicht, die übrigen sind der Litteratur entnommen — kommt die Verfasserin zu folgenden Schlüssen:

1) Der Übergang der Variola-Mikroorganismen von der Mutter auf das Kind scheint meist durch Veränderungen der Placenta (Blutungen) ermöglicht zu werden, welche der fötalen Infektion einen Weg öffnen.

2) Diese Annahme gestattet die Erklärung der Fälle von Zwillingsschwangerschaft einer Pockenkranken, bei welcher nur ein Fötus erkrankt.

3) Die Incubationsdauer kann beim Fötus eine längere sein, wie beim Erwachsenen.

4) Ein Fötus kann intra-uterin erkranken, ohne dass die Mutter erkrankt.

5) Der Ausbruch der Erkrankung beim Fötus verräth sich bei der Mutter durch eine Reihe allgemeiner Symptome, welche sehr schwer sein können.

6) Kinder, welche von einer pockenkranken Mutter gesund geboren sind, müssen als verdächtig betrachtet und isolirt werden, da durch sie die Ansteckung übertragen werden kann.

Graefe (Halle a/S.).

---

5) **H. Fritsch** (Breslau). Über aseptisches Operiren mit sterilisirter Kochsalzlösung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 19.)

F. räth eindringlich, von jetzt bei allen Operationen nie (kalte) desinficirende Lösungen, sondern nur sterilisirte 0,6%ige Kochsalzlösung anzuwenden (einen einfachen Apparat zur Herstellung der letzteren hat er in No. 10 dieses Blattes beschrieben). Er selbst hat mit derselben die schwierigsten Operationen erfolgreich ausgeführt. Der Eingriff wird durch diese Methode geringer. Die Schmerzen nach der Operation sind viel weniger quälend und die Pat. erholen sich auffallend schnell.

Die Desinfektion der Hände, Instrumente und äußeren Haut soll selbstverständlich in der bisherigen Weise geübt werden.

Graefe (Halle a/S.).

---

6) **Gaudard.** Diabetes im »puerperalen« Zustande.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1889.

Eine leichte Form des Diabetes mellitus kann bei Beginn der Schwangerschaft auftreten und nach der Geburt wieder verschwinden; eine schwere Form dauert noch nach der Entbindung fort (durchschnittlich 20 Monate lang) und schließlich führt eine dritte Form dieser Krankheit rasch zum Tode. In einem Drittel der Fälle ist Abort die Folge des Diabetes. Eintritt der Schwangerschaft bei einer schon diabetischen Frau bildet eine große Gefahr; die ersten Monate verlaufen noch ziemlich glatt, gegen den 5. Monat verschlimmert sich der Zustand; mehr als die Hälfte der Frauen gehen bald nach der Geburt an Lungenphthise oder Coma diabeticum zu Grunde. Von 100 Kindern sterben 41. Das Säugen verschlimmert noch die Krankheit. Aus alledem zieht Verf. den Schluss, dass diabetische Frauen nicht empfangen dürfen, wenn dies aber doch geschehen ist, sie ihre Kinder auf keinen Fall stillen dürfen.

Temesváry (Budapest).

---

7) **Chanteloube** (Paris). Behandlung der Metritis des Gebärmutterhalses.

Thèse de Paris, **G. Steinheil,** 1888.

Verf. empfiehlt die Schröder'sche Excisionsmethode (amputation anaplastique du col) in solchen Fällen von chronischer Metritis des Gebärmutterhalses, wo die Cervikalschleimhaut tiefgehende Veränderungen erlitten hat und die Drüsen hypertrophirt und cystisch degenerirt sind, also auch das Parenchym an der Erkrankung theilgenommen hat. Ist zugleich Endometritis corporis uteri vorhanden, so ist in derselben Sitzung auch das Curettement der Gebärmutterhöhle vorzunehmen. Verf. publicirt 20 einschlägige Fälle.

Temesváry (Budapest).

8) **A. Fournier.** Über syphilitische Infektion auf dem Wege der Konception.

(L'abeille méd. 1889. No. 7.)

F. bespricht in einem klinischen Vortrag jene interessanten Fälle, in welchen bei einer Schwangeren syphilitische Symptome auftraten, ohne dass zuvor ein Ulcus bestanden hätte. Auch die Untersuchung des Ehemannes ergiebt ein negatives Resultat; nur gesteht er zu, dass er sich vor längerer oder kürzerer Zeit syphilitisch inficirt habe, aber seit seiner Verheirathung frei von allen Erscheinungen gewesen sei.

F. nimmt an, dass hier die Infektion der Frau durch den syphilitischen Fötus erfolge und zwar auf dem Weg der Placenta bezw. durch das Ei überhaupt, wie umgekehrt der Fötus von der erst während der Gravidität syphilitisch gewordenen Mutter inficirt werden könne. **Graefe** (Halle a/S.).

Kasuistik.

9) **W. Thorn.** Über Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Separat-Abdruck.)

Verf. schildert mit beredten Worten die Pathologie und Therapie der Extra-uterin-Schwangerschaft, ohne, wie dies ja in der Natur eines akademischen Vortrages liegt, wesentlich Neues zu bringen. Der Gegenstand wird in kurzen Zügen sehr erschöpfend behandelt. Auch T. legt den Hauptwerth auf eine möglichst frühzeitige Diagnose und betont als besonders charakteristisch und von differentialdiagnostischer Bedeutung die früh eintretende Elevation des Uterus, wie sie durch Neubildungen nie so rasch hervorgebracht werden kann. Rücksichtlich der Ätiologie misst er der Perimetritis (Gonorrhoe) keine so hohe Bedeutung zu wie andere Autoren. In Bezug auf Therapie theilt er ungefähr die auf dem letzten Gynäkologenkongress vorgebrachten Ansichten. Die Winckel'schen Morphiuminjektionen in den Fruchtsack hält er, in voller Anerkennung der Verdienste und Erfolge Winckel's, für gefährlich und unsicher. In den ersten 4 Monaten sei der intakte Fruchtsack unbedingt sofort operativ anzugreifen; späterhin sei ebenfalls schleunigst die Laparotomie zu machen, der Fruchtsack jedoch mehr konservativ zu behandeln d. h. seine Ausstoßung der Natur zu überlassen; insbesondere ist bei intraligamentarem Sitz der Schwangerschaft eine Radikaloperation auf die ersten 4 Monate zu beschränken; inexstirpable Fruchtsäcke sind wenn möglich in die Bauchwunde einzunähen oder, falls dies nicht angeht, zu vernähen und nach der Scheide zu drainiren. Der Tod der Frucht sei nicht abzuwarten (weil dies ja stets mit Gefahren verbunden); man bestimme bei der Operation vor und nach Eröffnung des Abdomens den Sitz der Placenta durch Auskultation, um nicht ihren Gefäßbezirk zu verletzen. Besteht Jauchung im Fruchtsack, so sei die zweizeitige Operation indicirt. Hat sich der Sack tief ins kleine Becken hinein entwickelt, so suche man von der Scheide aus ihm beizukommen.

Bei Ruptur in den ersten Monaten warte man ab; erfolgt dieselbe in späterer Zeit, so könne im Allgemeinen nur die Laparotomie Rettung bringen. Die Hauptsache sei möglichst frühzeitiges Erkennen, dies möchte er gerade den prakt. Ärzten sehr ans Herz legen. **F. Spaeth** (Hamburg).

10) **A. Hermann.** Zur Frage der infantilen Osteomalacie.

Inaug.-Diss., München, 1888.

Ein bisher wohlgenährtes gesundes Kind, welches im Stande war seine Beinchen frei zu bewegen und auszustrecken, erkrankte in seinem 9. Lebensmonate

unter Allgemeinerscheinungen (Verdrießlichkeit, Abmagerung, starke Schweiße, Obstipation, Husten), zu denen sich bald Veränderungen am Knochensystem gesellten; zunächst zeigte sich eine Verdickung am rechten Oberschenkel, später wurde das betreffende Femur so beweglich und biegsam, dass Laien den Knochen für frakturirt hielten; an verschiedenen Körperstellen traten Abscesse auf. Bei der Aufnahme ins Kinderhospital konnten an zahlreichen Knochen Verdickungen, Verbiegungen und Infraktionen nachgewiesen werden, insbesondere waren es die Oberschenkel- und Vorderarmknochen, welche ergriffen waren; Kopfknochen zum Theil von abnormer Weichheit, Fontanellen weit. Zähne fehlend. Allgemeine Abmagerung, katarrhalische Erscheinungen seitens der Lungen, welchen das Kind in seinem 11. Lebensmonate erlag. Verf. kommt auf Grund des makroskopischen, mikroskopischen und chemischen Befundes zu der von Bollinger getheilten Diagnose »Rachitis« und stellt diesen Fall in Parallele zu einem von Rehn und v. Recklinghausen im Jahre 1878 beschriebenen Falle von infantiler Osteomalacie, indem er nachzuweisen versucht, dass es sich in letzterem ebenfalls nur um Rachitis handle; wenn ihm dies auch für diesen Fall nicht bis zur Evidenz gelingt, so vermag er doch einen weiteren von Rehn als Osteomalacie beschriebenen Fall mit dem seinigen zu identificiren; bei diesen beiden fanden sich zunächst die für Rachitis typische Vergrößerung der Knorpelwucherungszone; in beiden Fällen überwiegt die kalkfreie Knochensubstanz die kalkhaltige bedeutend. Im Gegensatz zu v. Recklinghausen, welcher im 1. Rehn'schen Falle die Knochenbälkchen zum allergrößten Theil aus entkalkter Knochensubstanz bestehen lässt, lassen H.'s Präparate erkennen, dass keine Entkalkung vorliegt. Die kalkfreien Knochenbälkchen zeigen sowohl in ihrer Bauart wie in ihrer Lage, dass sie nicht aus entkalkten, sondern aus neugebildetem, unverkalkt gebliebenem Knochengewebe bestehen; denn während die kalkhaltigen überwiegend häufig Lamellenbildung zeigen, findet er bei den kalkfreien Partien meist eine homogene Grundsubstanz mit eingestreuten Knochenkörperchen. Wo nur immer in den kalkfreien Randzonen kalkhaltige Lamellen sichtbar werden, verlaufen letztere parallel mit den angrenzenden Markräumen und zeigen kontinuirlichen Übergang in die Lamellen der kalkhaltigen Partien. Die Lamellensysteme sowohl wie die Ablagerungen kalkfreien Knochengewebes überhaupt sind durch lakunäre Kittlinien von der verkalkten Substanz abgegrenzt, was für Neubildung unverkalkt bleibenden Knochengewebes spricht, nicht aber für Entkalkung kalkhaltiger Substanz. Querschnitte zeigen außerdem, dass die Kalksalze in den ältesten Partien des Knochens, also in der Umgebung der Markhöhle am reichlichsten zu finden sind.

Ohne die beregte Frage definitiv zu entscheiden, möchte Verf. alle bisher beobachteten Fälle als in das Gebiet der Rachitis gehörend bezeichnen.

F. Spaeth (Hamburg).

11) **W. Meyer.** Über einen Fall von nicht puerperaler Osteomalacie. Inaug.-Diss., München, 1889.

48jährige Frau, aus einer Familie, in welcher angeblich Anlage zu Knochenerkrankungen besteht, stammend, in guten Verhältnissen lebend. Hatte 2 Kinder gehabt, von denen ein 25jähriger Sohn lebt und gesund ist. Seit 3 Jahren leidend, seit 1 Jahr kompensatorische Störungen (Athemnoth, Hydrops etc.). Typische Deformitäten. Der Process am meisten ausgesprochen in den Rumpfknochen, insbesondere der Wirbelsäule, den Rippen und Beckenknochen, weniger in den Extremitäten. Verf. bekennt sich auf Grund seiner mikroskopischen und chemischen Untersuchungen (über welche Näheres im Original nachzulesen ist) zu der von Winckel, Ziegler u. A. verfochtenen Ansicht, dass das kalkfreie Gewebe durch Entkalkung des alten Knochens entstanden, also Knochenknorpel sei und dass dasselbe nicht als neugebildetes, auf entzündlicher Basis beruhendes osteoides Gewebe zu betrachten sei; denn einmal vermisste er sowohl im Mark, wie am Periost jegliche Andeutung einer bestehenden oder abgelaufenen Entzündung, dann sah er die Grenzlinien zweier Lamellen kontinuirlich aus dem kalkhaltigen in das kalkfreie Gewebe übergehen, eben so wie er an einzelnen Stellen Knochenkörperchen fand, die zur Hälfte in der einen, zur Hälfte in der anderen

Substanz lagen. Das osteoide Gewebe an einem Rippencallus (frühere Fraktur) zeigte sich sehr viel zellenreicher, als das entkalkte Gewebe anderer Knochen.

Ätiologisch führt M. an, dass die Frau aus der Rheingegend (Landau in der Pfalz) stammt, wo Osteomalacie notorisch vorkommt; während andere sonst als ursächlich geltende Momente (schlechte sociale Verhältnisse, Puerperium etc.) nicht zutreffen. Näheres über die in ihrer Familie vorgekommenen Knochenkrankheiten konnte nicht eruirt werden. **F. Spaeth** (Hamburg).

12) **Prinzing.** Beiträge zur pathologischen Anatomie der Placenta.

Inaug.-Diss., München, 1889.

Verf. hat sich die dankenswerthe Aufgabe gestellt, an der Hand von 6 Fällen die pathologische Anatomie des Mutterkuchens zu klären.

Die ersten 4 Fälle betrafen Placenten von faultodten theils ausgetragenen, theils früh geborenen Früchten. Für die Veränderungen an den Mutterkuchen will P. Syphilis verantwortlich machen, da er nach Analogie endoarteriitischer Processe an den Hirngefäßen bei Hirnlues auch hier stets Proliferation der Gefäßwand vorfinden und dieselbe als das Primäre, die weiteren Veränderungen, wie Fibrinausscheidung, Bindegewebsinduration und Verkalkung als Folge der Gefäßerkrankung ansehen zu müssen glaubte.

Der 5. Fall (Kind macerirt, Frühgeburt) zeigt einen weißen Infarkt. Verf. neigt hinsichtlich der Genese desselben zu der Ansicht einer auf Anämie beruhenden Koagulationsnekrose und misst der auf den beigegebenen Abbildungen sehr deutlich erkennbaren Periarteriitis weniger Bedeutung bei, als dies z. B. Ackermann gethan. — Der 6. Fall endlich (von einem Abortus im 4. Monat stammend, Fötus nicht macerirt) zeigt das Bild intraplacentarer Blutergüsse (schon makroskopisch erkennbar). Lues scheint in den letzten beiden Fällen nicht zu Grunde zu liegen. Immerhin erklärte der mikroskopische Befund in allen Fällen das Absterben der Frucht zur Genüge. **F. Spaeth** (Hamburg).

13) **Duke** (Dublin). Mechanische Behandlung der Amenorrhoe.

(Lancet 1889. September 21.)

Statt der zu diesem Zwecke eingeführten gefährlichen Stifte empfiehlt D. eine Spirale aus plattirtem Drahte, von Arnold, West-Smithfield, in verschiedenen Größen hergestellt, in die Uterushöhle einzulegen. Das Einbringen geschieht mit der Sonde, Fixation durch das übliche Tellerchen. Dieses Instrument soll absolut ungefährlich sein und den gewünschten Erfolg haben.

Herdegen (Stuttgart).

14) **Loviot** (Paris). Über die manuelle Änderung der Kindeslagen.

(Révue obstétr. et gynécol. 1888. December.)

Enges Becken; früher ein 8monatliches Kind spontan geboren. — Jetzt Gesichtslage; Rücken links; Gesicht beweglich im Beckeneingang, Muttermund erweitert zu Ende der Gravidität. Versuch bei stehender Blase bimanuell vorzugehen, d. h. die Gegend vor der großen Fontanelle kinnwärts in die Höhe zu schieben und von außen das Hinterhaupt ins Becken zu drücken — vergeblich. Dann Sprengung der Blase, Erfassen des Hinterhauptes und Ein- und Feststellung desselben und Entwicklung des Kindes mit der Zange. **Zeiss** (Erfurt).

15) **N. Charles** (Liége). Ein Fall von Sectio caesarea nach Sänger.

(Journ. d'accouch. 1889. No. 17 und 18.)

Eine 26jährige Rachitica (Conj. vera 6 cm) war 4mal durch Kephalotripsie entbunden, das letzte Mal sogar nach künstlicher Einleitung der Frühgeburt im 7. Monat. Der Wochenbettsverlauf war stets ein günstiger gewesen. Am normalen Ende der fünften Schwangerschaft Sectio caesarea, bei welcher die Placenta getroffen wurde. Das asphyktische Kind wurde wieder belebt, gedieh später an der Brust der Mutter sehr gut. Diese machte eine glatte Rekonvalescenz durch.

Graefe (Halle a/S.).

16) **Durieux** (Bruxelles). Drillinge.

(Journ. d'accouch. 1889. No. 17.)

29jährige IVpara. Sehr starke Ausdehnung des Leibes. Kindestheile bei Palpation nicht zu fühlen. Erstes Kind wird spontan in Schädellage geboren. Darauf trat die rechte Schulter des zweiten herab, das dritte ritt auf diesem. Wendung des zweiten, Extraktion des dritten an den Füßen. Die beiden letzten waren abgestorben. Eine Amnioshöhle. Glatter Wochenbettsverlauf.

Graefe (Halle a/S.).

17) **C. Venn.** Über gleichzeitiges Vorkommen von Carcinoma und Myoma corporis uteri.

Inaug.-Diss., Gießen, 1889.

Langen historischen Bemerkungen folgt die Krankengeschichte folgenden von Löhlein operirten Falles: 58jährige, seit 38 Jahren steril verheirathete und seit 8 Jahren der Klimax angehörige Frau erkrankte vor ½ Jahr an eitrigem und blutig-eitrigem Ausflusse und täglich wiederkehrenden heftigen Schmerzanfällen, welche bei der bestehenden Enge des Cervicalkanals als Wehenschmerzen gedeutet wurden. Abrasio mucosae ergiebt Carcinoma corporis bei gleichzeitig vorhandenem Myom. Vaginale Totalexstirpation. Das Präparat zeigt einen abgekapselten Fibromknoten, frei von krebsiger Degeneration. Mikroskopische Untersuchung der Schleimhaut des Uterus ergiebt überall drüsige Gebilde ohne bestimmte Anordnung; an einzelnen Stellen Bindegewebe nicht wahrnehmbar, sondern es liegt Drüse an Drüse in großen Konvoluten. Diagnose: Adeno-carcinom. Verf. kommt auf Grund dieses und der aus der Litteratur zusammengestellten Fälle zu dem Schlusse, dass ein wirklicher Beweis dafür, dass Myom primär zu Carcinom entarten kann, noch nicht erbracht sei, dass jedoch unter Umständen ein Myom, ähnlich wie chronische Reizzustände an anderen Körperstellen, zu Carcinombildung führen, bei bestehender Prädisposition Krebsbildung des Uteruskörpers veranlassen könne.

F. Spaeth (Hamburg).

18) **H. Frank.** Das Fibromyom des Collum uteri.

Inaug.-Diss., Gießen, 1889.

Nach eingehender Beleuchtung des Neuesten in Bezug auf Ätiologie, Pathologie und Therapie der Cervixmyome und die Komplikation derselben mit Schwangerschaft theilt Verf. 3 Fälle aus der Gießener Frauenklinik mit, von denen der eine in so fern bemerkenswerth ist, als bei demselben nach Operation eines mannsfaustgroßen submukösen Cervixmyoms ein gleichzeitig bestehendes interstitielles Uterusmyom im Verlaufe weniger Wochen schwand. Die übrigen Fälle bieten nichts Besonderes.

F. Spaeth (Hamburg).

19) **Joseph Coats** (Glasgow). Zwei Fälle von Heilung tuberkulöser Peritonitis.

(Glasgow med. journ. 1889. November.)

Beide Fälle betreffen männliche Individuen, beide verliefen, erst nach völliger Heilung der Peritonitis, aus anderer Ursache tödlich. Im ersten Falle war vor 10 Jahren eine tuberkulöse Peritonitis diagnosticirt, behandelt und geheilt worden. Jetzt trat eine Wirbelerkrankung ein, die zu Verkrümmung und schließlich zu einer akuten Pleuritis führte, welche den Exitus veranlasste. Im Peritonealraum fanden sich fast sämmtliche Eingeweide durch alte Adhäsionen verklebt und zwischen den Adhäsionen eine beträchtliche Anzahl alter, käsiger Massen, meist von Erbsengröße. Verf. hatte bei der Sektion den Eindruck, als ob dies nur die größeren der Ablagerungen wären, die der völligen Resorption im Laufe der Jahre noch nicht gewichen waren. Die Wirbelaffektion war ebenfalls tuberkulösen Ursprungs.

Im zweiten Falle hatte eine ebenfalls geheilte, oder mindestens in Heilung begriffene tuberkulöse Peritonitis zu Adhäsionen geführt und eine der letzteren eine Dünndarmschlinge abgeklemmt, wodurch Exitus eintrat. Die Verhältnisse im

Peritonealraum waren denen im ersten Fall ähnlich. Außerdem bargen die beiden Lungenspitzen die Residuen abgelaufener phthisischer Processe.

Zeiss (Erfurt).

20) **Chassagny** (Lyon). Über die Inversion des Uterus.

(Lyon méd. 1889. April 14.)

Statt der Anlegung des Esmarch'schen Schlauches, welcher behufs Reposition der Inversionen empfohlen worden ist, empfiehlt C. in der medicinischen Gesellschaft zu Lyon die Anlegung dreier gesonderter elastischer Ligaturen an drei über einander liegenden Stellen des Tumors getrennt von einander liegend. Bei der Reposition wird dann zuerst die dem Muttermund zunächst liegende, dann nach einander die anderen zwei gelöst. Gerade in der Möglichkeit dieser allmählichen Lösung der Kompression soll der Vortheil gegenüber der Esmarch'schen Ligatur liegen.

Zeiss (Erfurt).

Stundenplan der Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie des X. internationalen medicinischen Kongresses zu Berlin 1890.

Geschäftsführer: Dr. A. Martin, Berlin NW., Moltkestraße 2.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Sonnabend
8—10		Demonstration von Präparaten eventuell Operationen	Demonstration von Präparaten eventuell Operationen	Demonstration von Präparaten eventuell Operationen	Demonstration von Präparaten eventuell Operationen	Demonstration von Präparaten eventuell Operationen
11—1	Eröffnung des Kongresses I. Allgemeine Sitzung	2. Thema	II. Allgemeine Sitzung	3. Thema	4. Thema	III. Allgemeine Sitzung
2—4	Konstituirung der Sektion 1. Thema	Vorträge und Diskussion derselben	Vorträge und Diskussion derselben	Vorträge und Diskussion derselben	Vorträge und Diskussion derselben	

Von dem Organisationskomité vorgeschlagene Themata:

I. Antisepsis in der Geburtshilfe: Referent: Herr Galabin (London). Korreferenten: Herr Slawjanski (St. Petersburg), Herr Stadfeldt (Kopenhagen), Herr Fritsch (Breslau). — II. Künstliche Frühgeburt: Ihre Indikationen und Methoden: Referent: Herr Theoph. Parvin (Philadelphia). Korreferenten: Herr Macan (Dublin), Herr Calderini (Parma), Herr Dohrn (Königsberg). — III. Exstirpatio uteri vaginalis: Referent: Herr Williams (London). Korreferenten: Herr Schauta (Prag), Herr Pozzi (Paris), Herr Olshausen (Berlin). — IV. Elektrolyse der Myome: Referent: Herr Apostoli (Paris). Korreferenten: Herr Th. Keith (London), Herr E. Cutter (New York), Herr Zweifel (Leipzig).

Ferner sind angemeldet von den Herren:

1) E. Cutter (New York): a) Food as a medicin in uterin fibroids. b) Cutter's stempessary. — 2) Fritsch (Breslau): Über Myomoperationen. — 3) Lloyd Roberts (Manchester): Two interesting cases of Laparotomy. — 4) Th. More Madden (Dublin): a) Dysmenorrhoe, its more frequent causes and treatment. b) On Cistitis in Women. — 5) Th. More Madden (Dublin): Demonstrationen: a) Light carrier for speculum Work. b) The long and short midwifery forceps. 6) Franklin H. Martin (Chicago): Apostoli's Method from an american standpoint. — 7) Dührssen (Berlin): Über Operationen an der Portio. — 8) Auvard (Paris): a) Embryotomie cephalique. b) Traitement des gesçures du sein. — 9) L.

Landau (Berlin): Diagnostik und Therapie der Erkrankungen der Tuben. — 10) Leopold (Dresden): Über die Lymphgefäße des schwangeren und puerperalen Uterus. — 11) Leopold (Dresden): Demonstration von Präparaten zur Extra-uterin-Schwangerschaft. — 12) Münchmeyer (Dresden): Über die Verwerthung der äußeren und die Beschränkung der inneren Untersuchung in der Geburtshilfe und die Verhütung des Kindbettfiebers. — 13) H. O. Marcy (Boston): Plastic surgery of the pelvic structures in women. — 14) Theodor Landau (Berlin): Klinisches und Kritisches zur Thure-Brandt'schen heilgymnastischen Behandlung weiblicher Unterleibskrankheiten. — 15) Karl Abel (Berlin): Über die Lymphgefäße des nicht schwangeren Uterus. — 16) A. R. Simpson (Edinburgh): Narrowing of the anal Canal without ablation of Tissue. — 17) Skutsch (Jena): Zur Beckenmessung. — 18) J. Veit (Berlin): Zur Lehre von Hämatocele und Hämatoma. 19) W. J. Sinclair (Manchester): a) The Alexander-Adams-Operation. b) Emmet's-Operation. — 20) Schatz (Rostock): Die Ursachen der Drehung des Fruchtkopfes um die Achse des Beckenkanals. — 21) B. Schultze (Jena): Bildliche Darstellung des gynäkologischen Tastbefundes. — 22) J. Stuart Nairne (Glasgow): Investigations into some of the causes of incontinence of Urine in Females and their cure by surgical operation. — 23) Fehling (Basel): Über Wesen und Behandlung der Osteomalacie. — 24) Fr. Neugebauer (Warschau): Demonstration anatomischer Präparate. — 25) F. Keppler (Venedig): Über das Geschlechtsleben des Weibes nach der Kastration. — 26) C. Marocco (Rom): a) Über einen seltenen Fall von Sublimatvergiftung mit außergewöhnlichen Symptomen. b) Demonstration einer Gebärmutterkanüle, von geburtshilflichen und gynäkologischen Nadeln, Gazeträger zur Tamponade des Uterus. — 27) A. W. Freund (Straßburg): Demonstration von Beckenbindegewebspräparaten. Demonstration einer Sammlung von Tubenentwicklungspräparaten. — 28) A. Fochier (Lyon): Modification du forceps. — 29) H. J. Boldt (New York): a) Beitrag zur Kenntnis der Gebärmutterschleimhaut. b) Peritonitis nach Berstung eines Ovarialhämatom. Laparotomie, Heilung. — 30) J. Murphy (Sunderland): The treatment of placenta praevia. — 31) Aug. P. Clarke (Cambridge, Mass): On the importance of easly recognition of Pyosalpinx as a cause of dupuration pelvic inflammation. — 32) J. Chalmers-Cameron (Montreal): Somefurther obserations of the influence of Leucaemia upon pregnancy and labour. — 33) M. Sänger (Leipzig): Über Drainage der Bauchhöhle bei Laparotomien. — 34) P. Brösse: Demonstration von medicinischen elektrischen Apparaten, welche mit der von Dynamomaschinen erzeugten Elektricität getrieben werden. — 35) Noeggerath (Wiesbaden): Behandlung der Eierstocksgeschwülste mittels Elektricität. — 36) Edebohls (New York): a) Ein selbsthaltendes Vaginal- (Rinnen-) Spekulum zu Untersuchungen und Operationen in der Rückenlage. b) Ein verbessertes antiseptisches Schloss für chirurgische Instrumente. c) Das Modell eines (antiseptischen) Laparotomietisches mit verbesserter Vorrichtung für den Abfluss von Irrigationsflüssigkeiten. d) Eine neue Methode der Perineumnaht. — 37) Gautier (Paris): Observations (deux) de Fibrôme et de Salpynx: guérison par l'électricité. Considerations sur l'instrumentation et de la technique operatoire (présentation). — 38) Bell (Glasgow): On the pathogenesis of disease of the ovaries and Tubes and their treatment without operation. Curette. — 39) Fritsch (Breslau): Vorzeigen der durch Exstirpation des prolabirten Uterus und der invertirten Scheide gewonnenen Präparate. — 40) Zweifel (Leipzig): Beiträge zur Lehre vom Geburtsmechanismus. — 41) Sajajtzky (Moskau): Hysterectomia vaginalis beim Krebse der Gebärmutter. 65 persönlich operirte Fälle und statistischer Bericht über Hysterectomia vaginalis in Russland. — 42) Wylie (New York): The influence of abnormal conditions of the other organs of the pelvis and abdomen in causing symptoms usually attributed to displacements of the uterus.

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

JUL 2 1890

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 25. Sonnabend, den 21. Juni. **1890.**

Inhalt: I. **Albr. Tannen**, Eine neue zusammenlegbare Sims'sche Rinne mit Hebelverschluss. — II. **S. Gottschalk**, Zur Nachbehandlung der vaginalen Uterusexstirpation. — III. **Rüter**, Masern in der Schwangerschaft. — IV. **G. Libotzky**, Zur Kasuistik der Fremdkörper in der Harnblase. (Original-Mittheilungen.)

1) **Bell**, Desinfektion der Hände. — 2) **Dohrn**, Befugnisse der preußischen Hebammen. — 3) **Dohrn**, Nachprüfungen der Hebammen. — 4) Französische Hebammenvorschriften.

5) **Westermark** und **Annell**, Ovarialkystom. — 6) **Augé**, Scheidencyste. — 7) **Belaew**, Colpocleisis. — 8) **Bogdan**, Endometritis. — 9) **Illoway**, Icterus gravidarum. — 10) **Sims**, Incontinentia urinae. — 11) **Hagner**, Hernie des Uterus. — 12) **Treisier**, Uteruscarcinom-Metastasen. — 13) **Stoker**, Laparotomie bei Tubengravidität. — 14) **Tarnier**, Lithopädion. — 15) **Miller**, 75 Bauchschnitte. — 16) **Huff**, Missbildung. — 17) **Park**, Chinin. — 18) **Adam**, Jodismus. — 19) **Keller**, Scharlach der Wöchnerinnen. — 20) **Hervieux**, Impfsyphilis.

I. Eine neue zusammenlegbare Sims'sche Rinne mit Hebelverschluss.

Von

Dr. Albrecht Tannen,

Assistenzarzt an der Breslauer Frauenklinik.

Bei dem großen rinnenförmigen Doppelspeculum nach Sims sind bekanntlich beide Rinnen nach derselben Seite (⊐) hin gerichtet. Liegt die Pat. nun in Rückenlage z. B. auf dem Bettrande, so stößt man immer mit dem unteren Speculum an das Bett, kann in Folge dessen den oberen Bügel nicht bequem und ausreichend nach allen Seiten hin dirigiren. Um die alte Sims'sche Rinne in der Rückenlage frei bewegen zu können, muss die Pat. weit mit dem Gesäß über den Bettrand hinausrücken. Hierbei verliert sie leicht das Gleichgewicht, muss sich stark anstrengen, liegt desshalb sehr unbequem und unruhig. Um diesem Übelstande abzuhelfen, wurden die Sims'schen Doppelrinnen so abgeändert, dass beide Specula nach verschiedenen Richtungen hin sahen (⌐¬). Diese sind zwar sehr prak-

tisch, nehmen aber in der Instrumententasche einen sehr großen Raum ein. Um Letzteres zu vermeiden, sind zusammenlegbare Rinnen konstruirt worden. Diese sind desshalb unbrauchbar, weil das Charnier kaum zu reinigen ist. Um dies Charnier zu eliminiren, benutzte ich den von einem früheren hiesigen Assistenten Dr. Seltmann angegebenen hebelartigen Verschluss zur Befestigung beider Specula zu einer Doppelrinne. Beifolgende Figuren zeigen in der einen Form geschlossen, also fertig zum Gebrauch, in der anderen halb geschlossen die neue Sims'sche Rinne. Die Vereinigung der beiden Speculastiele zu einem Stabe wird durch zwei Verschlüsse bewirkt. Der Stiel des einen Speculums und zwar des kleineren ist lang und solide, der des anderen, größeren, ist kürzer, dünner und etwas federnd. Das kleine Speculum mit dem langen Stiel dient als gemeinschaftlicher Griff für alle anderen. Fast am Ende des Stieles der kleineren Rinne befindet sich ein seitlicher, tiefer Ausschnitt und dicht daneben ein fester viereckiger Übergriff (*c*). In den Ausschnitt passt hinein ein in den Stiel des anderen Speculums eingelötheter Stift und in den Übergriff der Stiel des anderen Speculums selbst, wie die zweite Figur veranschaulicht. Dies ist der erste Verschluss. Der zweite definitive hebelartige Verschluss, welcher die beiden Speculumstiele zu einem starren Stab vereinigt, wird bewirkt durch Einschnappen des Endstückes (*a*) von dem etwas federnden dünnen Speculumstiel in eine Auskerbung (*b*), welche sich ungefähr in der Mitte des großen Stieles befindet. Diese Auskerbung ist ähnlich der in unseren Taschenmesserklingen, aber breiter. So ist es nun möglich, zu dem kleinen Speculum mit dem langen Stiel, gleichsam als Handhabe, andere Specula verschiedener Größe sich machen zu lassen, wie das punktirte Speculum in der Abbildung zeigen soll. Auf diese Art kann man aus einer Sims'schen Rinne sich Simon'sche Specula herstellen. Auch Rinnen für die vordere Vaginalwand, breite Specula zur vaginalen Totalexstirpation, wie sie Fritsch in seinem Lehrbuch abgebildet hat, lassen sich mit dieser modificirten Simsschen Rinne vereinigen. Die nicht in der Vagina sich befindende Rinne des geschlossenen Doppelspeculums bietet der Hand des Assistenten oder des Operateurs eine feste, bequeme Griffläche. Dadurch,

dass die beiden Specula von einander zu trennen sind, kann man sie im Nothfalle in der Praxis als Specula für die vordere und hintere Vaginalwand gebrauchen, um die Portio, den Cervix und die Vagina dem Auge zugänglich zu machen. Die Vortheile des Instrumentes* sind: 1) Die Längsachse der beiden Specula ist nach verschiedenen Seiten hin gerichtet und ermöglicht so den ausgiebigen Gebrauch des Speculums in Rückenlage der Pat. in jeder Weise; 2) Raumersparnis für die Tasche; 3) sehr leichte Reinigung; 4) es passt für alle gynäkologischen und geburtshilflichen Operationen; 5) da alle Theile des Instrumentes fest und unbeweglich sind, sind Reparaturen nie nöthig. Aus diesen Gründen kann ich es namentlich den praktischen Ärzten sehr empfehlen.

II. Zur Nachbehandlung der vaginalen Uterusexstirpation.

Von

Dr. **Sigmund Gottschalk** in Berlin.

Von allen Operateuren dürfte die Nachbehandlung nach der vaginalen Exstirpation des carcinomatösen Uterus als eine rein expektative und desshalb höchst einfache geübt werden. Es ist für die Nachbehandlung ganz gleichgültig, ob man die Peritonealwunde mit Kaltenbach geschlossen hat, oder — wie ich dies zu thun pflege — in der Mitte offen gelassen. Der in die peritoneale Lücke eingelegte Jodoformgazetampon kann ruhig, wie dies Fritsch betont hat, 8—10 Tage und noch länger liegen bleiben; Ausspülungen sind überhaupt nicht nothwendig. Man sieht den Kranken in der That nach der geglückten Operation die Schwere des Eingriffes nicht an, und sie machen in regelrecht verlaufenden Fällen kaum einen weniger guten Eindruck, als gesunde Wöchnerinnen; natürlich immer vorausgesetzt, dass keinerlei Verletzungen der Blase, Harnleiter etc. stattgehabt und eine Infektion bei der Operation vermieden ist.

Das gute Allgemeinbefinden der Operirten während der ungestört verlaufenden Konvalescenz ist denn auch die Veranlassung gewesen, dass man die Kranken möglichst bald nach der Operation aufstehen ließ und dies auch in der Regel unbeschadet der weiteren Genesung thun konnte. So empfiehlt Fritsch[1], die Kranken am 10.—14. Tage aufstehen zu lassen. A. Martin[2] lässt die Operirten bis zum 10. Tage ruhig liegen. Und ähnlich dürften sich die meisten anderen Operateure dieser Frage gegenüber stellen. So viel ist jedenfalls gewiss, dass eine ganze Reihe der Operirten mit 14 Tagen das Bett ohne nachtheilige Folgen verlassen kann. Dass man aber gut thut, in dieser Beziehung nicht schematisch zu verfahren, viel-

---

* Herr Instrumentenmacher Haertel liefert das Doppelspeculum zum Preise von 12½ Mark. Diejenigen, welche im Besitze von Simon'schen Specula mit Griff und Feder sind, können dieselben bei Haertel umändern lassen.

[1] Die Krankheiten der Frauen. 4. Aufl. 1890.

[2] Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. 2. Aufl.

mehr je nach der mehr oder weniger geschwächten Körperkonstitution der betreffenden Kranken, selbst bei ganz idealem Verlauf zu individualisiren, möchte ich mit diesen Zeilen zeigen.

Ich habe nämlich kürzlich bei einer von mir glücklich operirten und geheilten Kranken, die ich am 14. Tage aufstehen ließ, im Anschluss an das erste Aufstehen und auch sicherlich durch dasselbe veranlasst eine Synovitis serosa beider Kniegelenke entstehen sehen.

Am 2. April habe ich bei der 39jährigen Frau L. wegen Cancroid der Vaginalportio, das bereits vorn die Scheidenschleimhaut ergriffen hatte, die vaginale Totalexstirpation gemacht und das erkrankte Stück der Scheidenschleimhaut resecirt. Die Kranke war in sehr heruntergekommenem Zustande zur Operation gekommen und bot das Bild hochgradigster Abmagerung. Trotz der großen Körperschwäche, welche vor der Operation bestand, war der weitere Verlauf nach der Operation ein ganz idealer. Niemals — auch nicht in den ersten Tagen — wurde über Schmerzen geklagt, die Temperatur überschritt in den ersten 14 Tagen niemals 37,3, der Puls schwankte entsprechend der Temperatur zwischen 60 und 80. Ich trug daher kein Bedenken, am 14. Tage nach der Operation der Bitte der Kranken zu entsprechen und sie aufstehen zu lassen, zumal ich niemals üble Folgen bisher davon gesehen hatte. Die Kranke war kaum $^1/_2$ Stunde außer Bett, als sie heftige Schmerzen in beiden Kniegelenken empfand, trotzdem blieb sie 1 Stunde auf und machte wiederholte Steh- und Gehversuche.

Schon am nächsten Tage hatte sich unter starken örtlichen Schmerzen und lebhafter Störung des Allgemeinbefindens eine starke spindelförmige Anschwellung an beiden Kniegelenken gebildet, die sich als ein seröser Erguss in sämmtliche Recessus der Synovialkapsel erwies; besonders stark war die obere, unter der Sehne des Unterschenkelstreckers gelegene Ausstülpung durch Erguss ausgedehnt. Die Affektion war am rechten Kniegelenk etwas hochgradiger, als am linken.

Für die seröse Natur des Ergusses sprach die normale Körperwärme, welche auch jetzt 37,6 nicht überstieg, obschon wiederholte Schüttelfröste vorhanden waren. Sonst bot sich an den unteren Extremitäten keinerlei Veränderung dar, insbesondere fehlte jedes Hautödem. Ich erwähne dies, weil man ja daran denken könnte, dass irgend welche Venen an beiden Oberschenkeln thrombosirt gewesen seien und dadurch vielleicht die Synovitis genu entstanden sei. Gegen eine solche Annahme sprechen ferner wohl auch die Doppelseitigkeit der Erkrankung, so wie das Fehlen jeglicher Anschwellung der Kniegelenke bis zum 15. Tage. Auch hat Pat. niemals früher an irgend einer Gelenkerkrankung gelitten; das Herz ist gesund, die übrigen Organe gleichfalls, so weit sich dieses nachweisen lässt.

Es ist für mich desshalb ganz außer Zweifel, dass lediglich in dem Aufstehen am 14. Tage nach der Operation trotz des ganz normalen Befindens der Operirten das Trauma zu suchen ist, welches die doppelseitige Gelenkerkrankung hervorgerufen hat. Dass freilich die sehr geschwächte Körperkonstitution und der damit zusammenhängende träge Blutkreislauf die indirekten Ursachen für das Zustandekommen der erwähnten Störungen abgegeben haben, liegt eben so klar zu Tage. Wäre die Kranke in besserem Ernährungszustande zur Operation gekommen, so würde das zeitige Verlassen des Bettes für sie eben so wenig nachtheilig gewesen sein, wie es für eine andere 51jährige Leidensgefährtin war, welche ich einige Tage früher gleich erfolgreich operirt hatte.

Wenn nun auch die Gelenkschwellungen unter Hochlagerung der unteren Extremitäten, Eisbehandlung und Kompressivverband in 10 Tagen völlig wieder zurückgegangen sind, so ist doch eine solche unerwartete Komplikation der Konvalescens für die Pat. sehr schmerzhaft und nicht gleichgültiger Natur.

Wir müssen uns desshalb die Frage vorlegen, ob wir eine solche Störung in Zukunft nicht vermeiden können. In der That scheint mir, nachdem wir die Ursache der doppelseitigen Gelenkaffektion in dem erwähnten Falle erkannt haben, der Prophylaxe sehr einfach dadurch Genüge geleistet, dass wir Kranke, welche in sehr abgemagertem und geschwächtem Zustande zur Operation kommen, unge-

achtet des normalen Verlaufes der Konvalescenz, nicht vor dem 20. Tage aufstehen lassen.

III. Masern in der Schwangerschaft.

Von

Dr. **Rüter**, Hamburg.

Folgenden Fall hatte ich vor Kurzem Gelegenheit zu beobachten:

Am 18. März d. J. bekam der 5jährige Sohn des Dr. Br..., Altona, die Masern. Er war in einem Kindergarten inficirt. Am 28. März folgten seine beiden Geschwister, ein Mädchen von 3 und ein Knabe von $1^1/_2$ Jahren. Am 29. März begann die Mutter, eine 26jährige, kräftige Frau, die Prodromalsymptome der Masern zu zeigen. Sie war gravida im 9. Monat und in ihrer Jugend, als einzige Tochter, von ihrer Mutter vor allen Kinderkrankheiten ängstlich bewahrt worden. Am 30. März Nachmittags zeigten sich bei einer Temperatur von 39,5° die ersten charakteristischen Flecke im Gesicht. Das Verhalten des Genitaltractus im Prodromal- und Akmestadium konnte ich leider nicht genau beobachten, da die früh beginnende und äußerst schmerzhafte Conjunctivitis eine vollständige Verdunkelung des Krankenzimmers erforderte und die künstliche Beleuchtung nicht hinreichte, um auf der blaurothen Schleimhaut zarte Veränderungen zu erkennen. Subjektive Beschwerden daselbst, etwa Brennen, Jucken etc. wurden nicht geklagt.

Vorsichtigerweise hatte ich Alles zu der eventuell eintretenden Geburt gehörig vorbereiten lassen. Am 30. März Abends 9 Uhr traten denn auch die erwarteten ersten Wehen ein. Morgens gegen 3 Uhr am 31. März war ein lebendes, kräftig schreiendes Mädchen geboren von $2^3/_4$ kg Gewicht, 3 Wochen vor dem erwarteten Termin. Die Nachgeburt folgte spontan nach einer halben Stunde ohne erhebliche Blutung. — Am ganzen Körper der Neugeborenen war keine Spur von Exanthem zu sehen, eben so wenig wurde eine Affektion der Schleimhäute der Augen, des Mundes, der Nase, der Bronchien, der Genitalien beobachtet. Nur war die Temperatur der Kleinen erheblich gesteigert, 40°, im Rectum. Die Erhöhung der Eigenwärme war aber schon 12 Stunden später, bei meinem nächsten Besuch, nicht mehr vorhanden. Dagegen fand ich um dieselbe Zeit erst den Körper der Mutter mit dem Masernausschlag bedeckt bei einer Temperatur von 39° und 108 Pulsschlägen. Der 1. April bot nichts Neues. Am 2. April waren Temperatur und Puls unter starken Schweißen zur Norm gesunken. Alle quälenden Symptome traten gleichzeitig mit dem abblassenden Exanthem zurück, die Milchsekretion stellte sich unter den gewöhnlichen Beschwerden ein und die Mutter machte die ersten Nährversuche.

Von da ab verliefen das Wochenbett und die Masern in gewöhnlicher Weise. Die Lochien zeigten zu keiner Zeit und in keiner Richtung etwas vom normalen Typus Abweichendes, eben so wenig die Milchsekretion. Vermehrte oder krankhafte Ausflüsse aus den Genitalien haben sich an die überstandene Krankheit nicht angeschlossen.

Trotz des intimen Verkehrs zwischen Mutter und Kind wurde das letztere auch nachträglich nicht angesteckt. Nur fiel mir am 13. April eine plötzlich auftretende und 4 Tage dauernde Abschuppung des Kindes auf, die im Gesicht, um den Mund herum, begann, nachher auf der Stirn auffiel und schließlich noch die Finger betraf. Am ganzen übrigen Körper war nichts Ähnliches zu sehen. Die Abschuppung an Mund und Stirn war so stark, dass es den Eindruck machte, als sei reichlich Milch darauf angetrocknet.

Da das Nähren mit der Brust nicht gelang, wurde bald zur Flaschenernährung übergegangen, bei der das Kind bis heute vortrefflich gediehen ist.

Nicht als große Seltenheit, sondern nur als einen Beitrag zu der noch der Bearbeitung bedürftigen Lehre von den Infektionskrankheiten in der Schwangerschaft möchte ich vorstehende Kranken-

geschichte angesehen wissen, nach dem Ausspruch Morgagni's: Nulla autem est alia pro certo noscendi via, nisi quam plurimas morborum historias, tum aliorum, tum proprias collectas habere et inter se comparare.

In Betreff der Litteratur über diesen Gegenstand will ich nur erwähnen, dass der letzte hierher gehörige Fall von Dr. Lomer, Centralbl. f. Gynäkol. 1889, No. 48 p. 826, gemeldet ist. Die letzte ausführliche Arbeit stammt von Dr. Klotz, Innsbruck, Archiv f. Gynäkol. Bd. XXIX p. 448, unter dem Titel: »Beiträge zur Pathologie der Schwangerschaft« und nicht von Gautier, wie Lomer irrthümlicherweise angiebt.

(Aus der gynäkologischen Klinik Prof. Chrobak's in Wien.)

IV. Zur Kasuistik der Fremdkörper der Harnblase.

Von

Dr. Gustav Lihotzky,

1. Assistent an obiger Klinik.

Am 9. April d. J. kommt eine Pat. in die Klinik mit der Angabe, dass sich in ihrer Blase ein Stück eines Glaskatheters befinde. Anamnestisch lässt sich Folgendes erheben. Die 57jährige, früher regelmäßig menstruirte Pat. hat einmal (vor 39 Jahren) geboren. Seit ihrem 24. Jahre laborirt sie an einem Kopfleiden, welches heute noch besteht und sich durch Klopfen, Summen und drückenden Schmerz im Kopfe manifestirt.

Seit 7 Jahren bestünden ohne bekannte Veranlassung Urinbeschwerden und zwar anfänglich durch 6 Wochen hindurch Inkontinenz und seither absolute Unmöglichkeit, spontan zu uriniren. Pat. war daher genöthigt, den Harn immer mit dem Katheter abzulassen. Da ihr die Anschaffung von Kathetern zu theuer war, so bediente sie sich nach ihrer eigenen Idee einfacher Glasröhren, die an einem Ende an der Gasflamme abgerundet waren. In der Nacht vom 8. zum 9. April geschah es, dass sie, nachdem sie sich wie gewöhnlich im Bette auf dem Nachtgefäß sitzend katheterisirt hatte, schlaftrunken zurückfiel, wobei die in der Harnröhre steckende Glasröhre abbrach. Extraktionsversuche, die sie selbst mit einer Haarnadel anstellte, blieben ohne Erfolg.

Bei ihrem Eintreffen in der Klinik konnte man alsbald nach geringer Mühe mit einer in die Blase eingeführten Metallsonde das Vorhandensein eines Fremdkörpers konstatiren, der beim Anschlagen mit der Sonde einen hellen Klang gab. Auch per vaginam konnte man denselben tasten und es war leicht nachzuweisen, dass derselbe schräg von rechts oben nach links unten an die hintere Blasenwand sich gelagert hatte.

In Chloroformnarkose wird die Erweiterung der Urethra mit Hegar'schen Stiften vorgenommen, bis man mit dem Zeigefinger die Urethra passiren kann. An der Blasenwand die mächtig vorspringenden hypertrophischen Trabekeln tastbar. Nach einiger Mühe gelingt es, den Fremdkörper so zu stellen, dass sein abgebrochenes Ende gegen die innere Harnröhrenmündung sieht. Nun führte ich neben dem Finger eine schmale, leicht gekrümmte Kornzange in die Blase, fasste mit derselben ohne viel Schwierigkeit das Glasröhrchen und extrahirte dasselbe, mit dem Finger die Harnröhre vor Verletzung mit dem splittrig abgebrochenen Ende schützend. Ein kleiner Riss an der vorderen Wand der Harnröhrenmündung — durch die forcirte Dilatation entstanden — wird durch 3 Seidenknopfnähte geschlossen. Das extrahirte Stück des 5 mm-kalibrigen, sehr dünnwandigen Glasröhrchens ist 6 cm lang.

Am Nachmittage steigt die Körpertemperatur der Pat. bis 39,5, dabei heftig

brennende Schmerzen in der Blase, die bald auf Ausspülungen mit Borsäurelösung und nachfolgender Injektion von 5%igem Cocain in die Blase schwinden. Weiterer Verlauf ungestört; vom 2. Tage ab normale Temperaturen. Pat. blieb trotz der forcirten Dilatation von Anfang an vollkommen kontinent, musste aber nach wie vor der bestehenden Parese halber katheterisirt werden. Nach einigen Tagen ist der Urethralriss verheilt, die Nähte werden entfernt, Pat. verlässt die Klinik.

Nicht um die zahllosen Publikationen über die in der weiblichen Harnblase ja so häufigen Fremdkörper zu vermehren, theile ich diesen Fall mit, sondern einzig und allein als Warnung vor leichtfertiger Verwendung der sonst so viele werthvolle Eigenschaften besitzenden Glaskatheter. Ist auch zufällig der vorliegende Fall günstig verlaufen, so ist doch anderntheils zu bedenken, dass es wohl bei dem so gefährlichen Materiale in einem ähnlichen Falle zu bedeutenden Verletzungen, ja gewiss selbst zu Perforationen der Blasenwand mit ihren deletären Folgen kommen könnte. In der Hand des Arztes ist der Glaskatheter gewiss ein sehr brauchbares Instrument — zum Eigengebrauche für Pat. erscheint er ungeeignet, weil gefährlich; es ist daher nothwendig, Kranke, welche in Bezug auf den Katheterismus zur Selbsthilfe greifen müssen, dringendst vor gläsernen Instrumenten zu warnen.

---

1) F. Boll (Königsberg). Zur Desinfektion der Hände.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 17.)

B. referirt kurz die bisher über Desinfektion der Hände angestellten Versuche und die auf Grund derselben angegebenen Desinfektionsmethoden, welche alle nach den Untersuchungen Landsberg's eine absolute Sicherheit für Sterilisirung der Hände nicht ergeben. Er selbst stellte nun Versuche mit dem von Mikulicz in der Königsberger chirurgischen Klinik eingeführten Desinfektionsverfahren in der Art an, dass er vor Anwendung desselben seine Hände mit Reinkulturen von Staphylococcus aureus inficirte. Es bewährte sich durchaus. Die M.'sche Vorschrift lautet:

1) Die Fingernägel, gleichviel ob lang oder kurz, werden mit dem Messer oder der Nagelschere von sichtbarem Schmutz gereinigt.

2) Alsdann die Hände 3 Minuten lang mit warmem Wasser und Kaliseife abgebürstet.

3) Diese nunmehr je $^1/_2$ Minute in 3%igem Karbolwasser und danach in $^1/_{2000}$ Sublimat abgewaschen.

4) Schließlich die Unternagelräume und Nagelfalze mit nasser Jodoformgaze aus 5%igem Karbolwasser ausgerieben.

Graefe (Halle a/S.).

---

2) Dohrn (Königsberg). Über die operativen Befugnisse der preußischen Hebammen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 7.)

In Berlin ist eine Kommission von Fachmännern versammelt gewesen, um die Grundzüge für ein neues Hebammenlehrbuch fest-

zustellen. Sie hat auch die Frage zur Beantwortung gestellt, ob die operativen Befugnisse der preußischen Hebammen in ihrem jetzigen Umfang aufrecht zu halten seien. Es handelt sich dabei der Hauptsache nach um die Wendung auf die Füße und die Abschälung der Placenta.

D. will weder den einen, noch den anderen Eingriff den Hebammen gestatten. In einer Reihe deutscher Staaten sind jene schon jetzt letzteren untersagt. Nachtheile sind daraus, wie Erkundigungen D.'s ergeben haben, nicht erwachsen.

Dafür, dass die Wendung den Hebammen bedingungsweise zu gestatten sei, hat sich auf Anfrage des Verf. die Mehrzahl der Kreisphysiker der ländlichen Kreise Gumbinnen, Königsberg und Marienwerder ausgesprochen. Für sie ist der Gedanke bestimmend gewesen, dass durch die Verzögerung der Hilfeleistung die Wendung erschwert werden und für Mutter und Kind Gefahr erwachsen würde. D. bestreitet diese Annahme. Er führt die Erschwerung der Wendung auf verpfuschte Handgriffe, misslungene Wendungsversuche der Hebamme etc. vor Ankunft des Arztes zurück und betont, dass in solchen Fällen von Querlage, an welchen von ungeschickter Hand noch nicht gerührt war, lange nach dem Wasserabfluss die Wendung überraschend leicht gelingt.

Mit der Abschälung der Nachgeburt haben die Hebammen nach Verf.s 30jähriger Erfahrung mehr Unheil angerichtet, als Vortheil gestiftet.

Graefe (Halle a/S.).

---

3) **Dohrn** (Königsberg). Über die Nachprüfungen der Hebammen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 15.)

D. vertheidigt die von manchen Seiten als nutzlos angefochtenen Hebammenprüfungen. Als dreifaches Ziel derselben bezeichnet er es, dass 1) die Hebamme durch sie gemahnt wird, dass sie für jeden Fall, über welchen ihr Tagebuch Notiz bringt, eine strenge Kontrolle zu gewärtigen hat, 2) durch sie dahin erzogen und fortgebildet wird, dass sie sich bei ihrem praktischen Handeln an folgerichtiges Denken gewöhnt, 3) dass sie bei denselben auf ihre Beobachtung von Reinlichkeit und Antisepsis geprüft wird.

Ferner warnt Verf. vor einer zu langen Ausdehnung der Nachprüfung. Eine Dauer von 2 Stunden ist ausreichend. Von einer ausgiebigen Verwendung des Phantoms zu Prüfungszwecken will er nichts wissen, höchstens soll derselbe zur Veranschaulichung einzelner sich während der Prüfung ergebender Fragen dienen.

Graefe (Halle a/S.).

---

4) Sollen die Hebammen die Berechtigung haben, Antiseptica zu verschreiben? Bericht einer Kommission der Académie de méd. de Paris auf eine diesbezügliche Anfrage des Ministers des Innern. Diskussion.

(Journ. d'accouch. 1890. No. 4.)

Im Namen der Kommission beantwortet Budin die in der Überschrift citirte Frage in der Sitzung der Académie de méd. de Paris vom 4. Februar. Jene erkennt die Nothwendigkeit, die Hebammen mit einem starken Antisepticum zu versehen und ihnen die Berechtigung zu geben, sich dasselbe zu verschreiben, an. Nach eingehender Prüfung der in Frage kommenden Desinficientien empfiehlt sie folgendes Pulver:

Sublimat 0,25
Acid. tartar. . . . 1,0
Rouge de Bordeaux 0,001.

Jedes Pulver ist mit folgender Aufschrift zu versehen:

Sublimat 0,25.
In ein Liter Wasser zu lösen.
Giftig.

Der Zusatz von Acid. tartar. soll beim Gebrauch die Bildung von Quecksilberalbuminaten verhindern; außerdem erhöht sie die Löslichkeit des Sublimats in Wasser. Die Rosafärbung mit Bordeauxroth soll Verwechslungen der Lösung mit gewöhnlichem Wasser vorbeugen.

Die Kommission hält diese pulverförmige Verordnung des Sublimats für weit praktischer, als die alkoholischer oder wässriger konzentrirter Lösungen. Zum Bestreichen der Finger und Instrumente empfiehlt sie 30 g Sublimat-Vaseline (1‰).

Diskussion. Jungfleisch hält das Bordeauxroth für wenig geeignet wegen der Ähnlichkeit der bewirkten Färbung mit Rothwein.

Trélat giebt Sublimatpastillen den Vorzug vor Pulvern.

Budin erklärt, dass die Kommission Bordeauxroth als Färbemittel gewählt, da nur 1 mg erforderlich sei. Die rosa Farbe schütze vor Verwechslungen mit Rothwein. Blau und grün gefärbte Lösungen machen Flecken an den Händen und der Wäsche. — Pastillen können vom Publikum leicht für etwas Essbares gehalten werden. Außerdem brauchen sie längere Zeit, um sich aufzulösen.

Trélat bestreitet das Letztere.

Marty macht darauf aufmerksam, dass in manchen Hospitälern die Karbollösungen roth gefärbt werden.

Worms empfiehlt, den Pulvern eine bittere Substanz zuzusetzen, um einer verbrecherischen Verwendung vorzubeugen.

Sitzung am 11. Februar 1890.

Laborde schlägt vor, dem Sublimatpulver ein Brechmittel zuzusetzen, um, wenn dasselbe irrthümlicherweise verschluckt wird, es sofort wieder aus dem Magen zu entfernen. Cuprum sulfuricum

scheint ihm das geeignetste, da es einerseits schnell und sicher wirkt, andererseits selbst ein Antisepticum ist. Er zieht dem Pulver folgende Lösung vor:

Sublimat . . .	0,25
Cupr. sulf. . . .	1,0
Natric. chlor. . .	1,0
Acid. tart. . . .	0,5
Aq. destill. Glycer.	10,0
Bleu soluble . .	0,05—0,1.

Auch das Cuprum sulf. allein färbt die vorstehende Lösung, in 1 Liter Wasser gebracht, deutlich blau.

Guéniot gesteht die Nothwendigkeit, die Hebammen mit einem Antisepticum auszustatten, zu, hält aber das Sublimat wegen seiner Gefährlichkeit für am wenigsten geeignet. Er würde der Karbolsäure bezw. dem Thymol, welches sich an der I. geburtshilflichen Klinik in Wien (Braun-Fernwald) ausgezeichnet bewährt hat, den Vorzug geben.

Charpentier tritt dafür ein, den Hebammen zwar das Sublimat zu empfehlen, ihnen aber die Wahl eines Antisepticum frei zu lassen. Für Fehler bei der Verwendung desselben sollen sie strafbar sein.

Trélat spricht sich im Sinne des Kommissionsbeschlusses aus. Die weitere Diskussion bietet nichts Wesentliches. Schließlich wird der Kommissionsantrag mit allen gegen 2 Stimmen angenommen.

Graefe (Halle a/S.).

Kasuistik.

5) **Westermark und Annell** (Stockholm). **Fall von glandulärem myxomatösem Ovarialkystom mit eigenthümlichen, myxomähnlichen Bildungen in der Bauchhöhle.**

(Hygiea, Festschrift 1889. No. 16.)

Der Fall betraf eine 52jährige, seit 6 Jahren emenstruirte Frau, Mutter von 5 Kindern. Seit anderthalb Jahren bemerkt die Frau sich fortwährend steigernde Schmerzen im Leibe, ist dickleibig geworden; in der letzten Zeit hat sich ausgesprochene Kachexie ausgebildet. Zeichen freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Von der Scheide her fühlt man unregelmäßige Geschwulsttheile. Hochgradige Dyspnoe. Punktion ergiebt keine Flüssigkeit. Bei der Laparotomie stürzen nach Eröffnung der Bauchhöhle gelatinöse Massen (6—7 Liter) heraus, darunter die unten näher zu besprechenden eiförmigen Bildungen. Eine rechtsseitige Eierstockscyste, mit festen, gelatinösen Massen erfüllt, und mit den Gedärmen, der Harnblase und der Gebärmutter fest verwachsen, musste aus dem breiten Mutterband ausgeschält werden. Myxomatöse Massen fanden sich rings herum, zwischen den Gedärmen, der Leber etc. Es wurde so viel als möglich von diesen Massen entfernt, dann die Bauchhöhle mit warmem, sterilisirtem Wasser ausgespült. Bei der Ausschälung der Geschwulst war die Harnblase verletzt worden; es wurde dieselbe sofort genäht, dann nach Schließung der Bauchwunde ein Dauerkatheter eingelegt. Die Frau starb 8 Tage p. op. Es hatte sich eine diphtheritische Cystitis und eine Nephritis entwickelt. — Bei der Obduktion fand sich eine größere gelatinöse Geschwulst in der Fossa Douglasii und dann noch überall am Bauchfell gelatinöse,

durch kleine Villositäten festsitzende Ablagerungen. Das große Netz nur wenig verändert. In der vorderen Bauchwand eine extraperitoneale, myxomatöse Masse, deren Verbindung mit den Organen des kleinen Beckens nicht genau eruirt werden konnte, da dieselbe erst nach Entfernung der Beckenorgane entdeckt wurde.

Die Eierstockscyste war wie eine gewöhnliche glanduläre Eierstockscyste gebildet. Keine Zeichen einer papillomatösen oder carcinomatösen Degeneration. Die Cystenwand ohne irgend welche Zeichen einer vorausgegangenen Berstung. Im anderen Eierstock mehrere kleine Hohlräume mit myxomatösem Inhalte. Der große Klumpen aus der Douglas'schen Tasche zeigte einen adenomatösen Bau, es fanden sich mit Cylinderzellen ausgekleidete Hohlräume darin. Eine solche adenomatöse Neubildung fand sich sonst nirgend wo. Sonst zeigte die Untersuchung des Bauchfells, dass sich von dessen Oberfläche neugebildetes Bindegewebe durch die gelatinösen Auflagerungen durchzog. Dies neugebildete Bindegewebe zeigte aber selber Veränderungen, die Verff. als eine myxomatöse Degeneration deuten. — Für den vorliegenden Fall eigenartig waren die oben kurz erwähnten eiförmigen Bildungen. Es fanden sich deren eine große Menge, von der Größe einer Kindsfaust bis zu ganz kleinen. Dieselben hatten eine dünne bindegewebsähnliche Wand und waren mit myxomatösen Massen erfüllt. An der Innenseite der Wand der größeren Körper saßen wieder eine große Menge kleinerer, den größeren ganz ähnliche Körper. Die Wand war aus mehreren Lagen hyalinen Bindegewebes gebildet. Das Innere war von Streifen von Bindegewebe, die aus der Wand entsprangen, durchkreuzt, und mit myxomatösen Massen erfüllt. Dies bindegewebige Netzwerk zeigte sehr deutlich die verschiedenen Stadien der oben erwähnten Degeneration des Bindegewebes im Myxomgewebe. Die kleinen Körper an der Innenseite der Wand zeigten genau denselben Bau; dieselben waren durch Bindegewebe, aber ganz lose an der Wand befestigt, eben so wie die größeren am Bauchfelle befestigt gewesen waren.

Aus diesem, hier auszugsweise wiedergegebenen Befund schließen die Verff., dass die Erklärung Werth's nicht für alle Fälle zutreffend ist, es hatte u. A. hier auch keine Berstung der Ovarialgeschwulst stattgefunden, die ja eine Conditio sine qua non für die Entstehung des Pseudomyxoms ist. Es fand sich im vorliegenden Fall am Bauchfell zwar ein Process, der dem von Werth beschriebenen völlig entsprach (die Neubildung von Bindegewebe), aber auch viele andere Veränderungen, darunter die von Virchow seinerseits (in den 2 Fällen von Beinlich) diagnosticirte Peritonitis chronica myxomatosa.

Leopold Meyer (Kopenhagen).

6) **Augé (Pithiviers).** Scheidencyste.

(Révue obstétr. et gynécol. 1888. December.)

In der vierten Schwangerschaft bemerkte die betreffende Frau zuerst, dass ein kleiner Tumor zwischen ihren Schamlippen sich vordrängte, ohne aber weitere Beschwerden zu machen. Die Geburt verlief normal und die Geschwulst trat wieder heraus; etwa hühnereigroß, hell durchscheinend, geht nach oben in einen kurzen Stiel über und lässt sich leicht zurückschieben. Der Stiel theilt sich nach oben in zwei Theile, der vordere sich direkt am Introitus, der andere sich 3 cm höher ansetzend an der vorderen Scheidenwand. Punktion. Weiterer Verlauf noch nicht bekannt.

Zeiss (Erfurt).

7) **Belaew.** Fall von Colpocleisis rectalis.

(Aus den Verhandlungen der gynäkologischen Gesellschaft in Kiew.)

Die 40jährige Kranke suchte im Obuchow'schen Krankenhaus (St. Petersburg) Hilfe. Fünf Jahre früher hatte sie geboren, die Geburt dauerte 7 Tage und unmittelbar darauf begann unaufhaltbarer Harnabfluss; in letzter Zeit fiel auch nach Meinung der Kranken die Gebärmutter vor.

In der Schamspalte der sehr blassen Kranken zeigt sich eine mandarinengroße röthliche Geschwulst, die sich bei der Untersuchung als vorgefallene Blasenschleimhaut ausweist. Die vordere Scheidenwand fehlt vollkommen, ihre Schleimhaut geht unmittelbar in die Blasenschleimhaut über. Zu beiden Seiten des etwas

verkürzten und mit Narben bedeckten Scheidentheiles sieht man die beiden Ureteren; das Zurückdrängen der vorgefallenen Blasenschleimhaut ruft Schmerzen und Zusammenziehungen der Blase mit Abgang von Urin aus den Ureteren hervor. Die Katheterisation der Ureteren ergiebt rechts hellen anscheinend normalen Urin, links Urin mit $^1/_3$ Absatz von Eiterzellen und Nierenepithel. Von selbst fließt nur wenig Urin ab.

Verf. entschloss sich aus verschiedenen hier nicht näher auszuführenden Gründen im oberen Theile der Scheide eine Mastdarmfistel anzulegen. Unterhalb der Öffnung der Ureteren wurde die Anfrischung begonnen und bandförmig bis zur hinteren Scheidenwand, einen Finger breit über den Sphincter ani fortgeführt, dann eine Öffnung zwischen Scheide und Mastdarm angelegt und die Ränder der Anfrischung (bei Einlegen von Kathetern in die Ureteren) zusammengenäht.

Die vorgefallene Blasenschleimhaut wurde nach Art der Colporhaphia anterior theilweise entfernt, die Ränder konnten indess nicht überall vereinigt werden.

Leider wurde die Nachbehandlung durch fortwährendes Erbrechen gestört, vom 7. Tage an begann der Urin wieder theilweise durch die Scheide abzufließen und obgleich am 12. Tage die Nähte in der Nähe der Ureteren abgenommen wurden, starb die Kranke doch am 14. Tage.

Die Sektion ergab beinah vollständigen Verschluss der neu angelegten Scheiden-Mastdarmfistel, Pyonephritis und Nephritis chronica in der linken und unerwarteterweise auch in der rechten Niere. **Reimann** (Kiew).

8) G. Bogdan (Jassy). Über 2 Fälle von Endometritis haemorrhagica.

(Bullet. de la soc. de méd. et de natur. de Jassy 1888. No. 11 u. 12.)

Bei beiden Frauen handelte es sich um profuse Hämorrhagien, welche bei der einen Folge einer einfachen chronischen Metritis und Endometritis, bei der anderen eines vorausgegangenen Abortus waren. Bei der ersteren hatten heiße Vaginalduschen, Einlegen eines Lapisstiftes in die Uterushöhle, Glycerintampons und Ergotininjektionen, bei der anderen die letzteren und heiße Scheidenausspülungen nur einen vorübergehenden Erfolg. Ein Vesikator auf die Lebergegend applicirt, soll die Blutung schnell zum Verschwinden gebracht haben. Sie würde bei der zweiten Kranken jedenfalls sehr bald wiedergekehrt sein. Da eine Austastung des Endometriums starke fungöse Wucherungen ergab, die mit der Curette entfernt wurden.

Warum nicht in beiden Fällen sofort diese einfache und wirksame Behandlung?

Graefe (Halle a/S.).

9) H. Illoway (Cincinnati). Icterus gravidarum.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. Oktober. p. 1009.)

J. berichtet über einen Fall, in welchem die Leber enorm angeschwollen war und die Kranke sehr heruntergekommen, welcher durch eine Seereise und Kur in Karlsbad so weit gebessert wurde, dass die Kranke die Frucht austrug und ein lebendes Kind gebar. Einige Zeit später ging ein großer Gallenstein ab und die Leber ging langsam in normale Grenzen zurück. **Engelmann** (Kreuznach).

10) M. Sims (New York). Über Incontinentia urinae bei jungen Mädchen und Frauen.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. September. p. 917.)

S. behandelt die Form der Incontinenz, welche in einer allmählichen Kontraktion der Blasenwandung beruht in Folge einer Hypertrophie der Muskulatur derselben und eine hochgradige Verminderung der Kapacität der Blase zur Folge hat. Er hat eine ganze Anzahl solcher Fälle beobachtet und hat dieselben sämmtlich mit Ausnahme von zweien zur Heilung bringen können und zwar durch allmähliche Ausdehnung der Blase durch gewaltsame Einspritzungen mit warmem Wasser. Er theilt mehrere Fälle eingehend mit, in dem einen gelang es Anfangs

nicht mehr als $1^3/_4$ Unzen Wasser in die Blase einzupressen, bei Beendigung der Behandlung fasste die Blase mehr als 18 Unzen und die Kranke konnte den Urin beliebig lange halten.

Die Behandlung ist Anfangs recht schmerzhaft und verlangt ein gut Theil Willenskraft von Seiten der Kranken. In einzelnen Fällen wurde der faradische Strom als Unterstützungsmittel der Behandlung angewandt.

Engelmann (Kreuznach).

11) **Charles E. Hagner** (Washington). **Hernie des Uterus durch die Linea alba während der Geburt.**

(Journ. of the amer. med. assoc. Chicago. Vol. XII. No. 9.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 46.)

H. referirte in der »Med. Society of district of Columbia« folgenden interessanten Fall. Er hatte im Juli 1884 bei einer Primipara die protrahirte Geburt mit dem Forceps beendet, ohne die Spur einer Bauchhernie an ihr wahrgenommen zu haben; im März 1886 gebar die Frau abermals, und zwar diesmal ohne Kunsthilfe im Verlauf von 6 Stunden. Mehrere Monate später bemerkte die Dame selbst eine Erhöhung um den Nabel und ließ H. rufen; er konstatirte eine Nabelhernie, welche, aus Darmschlingen bestehend, leicht reponirt wurde; die Bruchpforte ließ die Fingerspitze eindringen. Es wurde ein Bruchband verordnet, welches die Hernie ganz gut zurückhielt und bis zur nächsten Geburt, am 5. Februar 1888, getragen wurde. Als H. an diesem Tage gerufen wurde, fand er die Frau in der Eröffnungsperiode der Geburt und Alles normal; nach $2^1/_2$ Stunden sprang die Blase, und auch noch weitere $1^1/_2$ Stunden, während welcher Zeit öfter untersucht wurde, ging Alles in Ordnung. Da schrie die Gebärende plötzlich bei einer starken Wehe laut auf und sagte, sie könne nicht mehr pressen. Schon auf einige Entfernung bemerkte nun H., dass der Bauch viel weiter vortrat als gerade vorher, und dass ein Tumor rechtwinklig zu dem Körper der am Rücken liegenden Frau hervorsprang. Beim Lüften der Decke zeigte sich, dass der Uterus die Abdominalhöhle verlassen hatte und nur von der auf das äußerste gespannten, papierdünnen Haut bedeckt war. Die Uterusgefäße waren deutlich zu sehen und eben so die Kontraktionen des Organs. Da der Kopf des Kindes schon in der Vagina stand und trotz heftiger Wehen nicht weiter vorrückte, während die Frau schon erschöpft war, wurde die Geburt mit dem Forceps beendet. Das Anlegen desselben bot keine Schwierigkeiten, nur musste der Uterus, welcher die Neigung hatte seitwärts zu fallen, von der Wärterin in seine Lage gebracht werden, bis das Kind extrahirt war. Hierauf wurde die Placenta sofort manuell gelöst und die Reposition des Uterus erfolgte ganz leicht. Nach mehreren Monaten war die Bruchpforte wieder merkwürdig klein; die Frau hatte dasselbe Bruchband, welches sie vor der letzten Geburt getragen hatte, wieder angelegt und war ganz frei von Beschwerden.

K. Ruhemann (Berlin).

12) **E. Troisier** (Paris). **Die Erkrankung der Supraclaviculardrüsen bei Unterleibskrebsen.**

(Arch. génér. de méd. 1889. März.)

Der Arbeit liegt eine Reihe von 27 Fällen zu Grunde, wovon 14 den Magen, je eine das Pankreas, Duodenum, Nieren und Nebennieren, 2 die Leber, 5 den Uterus und 2 die Eierstöcke betrafen. Dieselben sind kurz mitgetheilt. Die Ergebnisse sind etwa folgende: Die betreffenden Drüsen können bei krebsigen Erkrankungen jedes Unterleibsorgans ergriffen werden; und zwar betraf die Erkrankung 19mal die linke, 4mal die rechte und 4mal beide Seiten. In 22 Fällen war die Erkrankung die einzige äußere Manifestation des Carcinoms, in 5 waren zugleich die Inguinal- und die Achseldrüsen mit ergriffen. Viermal in den 18 Fällen, wo Autopsie vorliegt, war keine Bemerkung über die Mediastinaldrüsen gemacht, in 4 werden dieselben als absolut frei bezeichnet: in 10 Fällen waren sie mit ergriffen, meist nur ein Theil derselben.

Die 4 Erkrankungen ohne Betheiligung der Mediastinaldrüsen waren linkseitige. Die Prädilektion für die linke Seite ist leicht verständlich bei einem Blick auf den Verlauf und die Mündungsstelle des Ductus thoracicus. Das Aufsteigen carcinomatöser Zellen gegen den Lymphstrom biete nach den Arbeiten von Recklinghausen's und Waldeyer's keine Schwierigkeiten des Verständnisses mehr.

Die Erkrankung tritt meistens in einem schon weit fortgeschrittenen Stadium des primären Carcinoms auf; geht dem kachektischen Stadium, dem Tode oft nur einige Wochen voraus; in manchen Fällen aber auch Monate, ja in einem sogar 2 Jahre. Sie besteht meist in der Induration einer oder mehrerer Drüsen, unmittelbar über dem mittleren Drittel der Clavicula, zwischen den beiden Ansätzen des Sternocleido-mastoïdeus oder auf dem vorderen Rand des M. trapezius. Meist nur für die Palpation erkennbar, bilden sie doch auch zuweilen stark prominente Tumoren. Zuweilen wachsen sie rasch zu ziemlicher Größe, um dann stationär zu bleiben; meist ist das Anschwellen sehr langsam und gleichmäßig. Die kleinen Tumoren sind höckerig, hart, zwischen Unterlage und Haut beweglich, unempfindlich gegen Druck, spontan nicht schmerzhaft; nur die tiefer unten liegenden machen zuweilen Kompressionserscheinungen.

Ihr diagnostischer Werth ist verschieden. Bei manifestem, primärem Carcinom können sie höchstens die Diagnose stützen; bei latentem, nur aus funktionellen Störungen vermutheten, ist ihr Auftreten so diagnostisch wichtig wie ominös.

Zeiss (Erfurt).

13) **Thornley Stoker** (Dublin). Laparotomie bei rupturirter Tubengravidität.

(Dublin journ. of med. science 1889. April.)

Ruptur einer Tubenschwangerschaft in der 12. Woche; Peritonitis, Brechen etc. verleiten zuerst zur Diagnose einer Darmobstruktion. Verf. kommt erst am 8. Tage zu dem Fall; trotz drohenden Collapses Laparotomie, aber 8 Stunden nachher Exitus. Verf. fand, seiner Diagnose entsprechend, einen Fruchtsack nahe dem Fimbrienende der linken Seite; die ganze Abdominalhöhle voller Blutklumpen, und einen etwas älteren hühnereigroßen Bluterguss im Ligam. latum der linken Seite. Fötus nicht zu finden. Er fand die extraperitoneale Hämatocele absolut abgeschlossen, welche die Ursache des Absterbens des Fötus, nicht aber die Ursache der Berstung, die er durch Hindurchbrechen der weitergewachsenen Placentargefäße zu erklären versucht. Ob die einer Darmocclusion ähnlichen Erscheinungen, die zuerst ins Auge gefallen waren, durch Druck der Blutcoagula bedingt sein konnten, erscheint zweifelhaft.

Zeiss (Erfurt).

14) **Tarnier** (Paris). Ein Fall von Lithopaedion.

(Journ. de méd. et de chirurgie 1889. September.)

In der Académie de Médecine theilt T. eine Beobachtung mit, die sich auf eine 66jährige Pat. bezieht, die im Jahre 1855 eine Schwangerschaft darbot, welche von Lorain für eine extra-uterine angesehen wurde; man sprach damals von einer Extraktion des noch lebenden Fötus, entschied sich aber nicht für die Operation. Am Ende der Schwangerschaft hörten nach heftigen Wehen die Kindsbewegungen, wie die kindlichen Herzschläge auf. Die Kranke erholte sich vollkommen, wurde wieder menstruirt und man konnte nur die Gegenwart einer fötalen Cyste im Abdomen nachweisen. In der That bietet der sehr bewegliche Tumor ganz genau den Kontour eines acht- bis neunmonatlichen Fötus dar, den man in Händen hatte. Der Tumor ist bemerkenswerth wegen seiner Dauer, er besteht in der That aus einem petrificirten Fötus, welcher jetzt 33 Jahre besteht.

K. Ruhemann (Berlin).

15) **Curtie Miller** (Charleston). Jahresbericht über 75 Fälle von erfolgreichen Bauchschnitten.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. Juli p. 680.)

Unter der obigen Zahl fand sich kein Todesfall. Salpingo-Oophorektomie wurde 42mal ausgeführt, bei 15 Kranken wegen Myomen, Ovariotomie neun Mal.

In den übrigen Fällen handelte es sich um verschiedene Erkrankungen, so einmal um Gallensteine. **Engelmann** (Kreuznach).

16) **O. N. Huff** (Chicago). **Missbildung.**

(Amer. journ. of obstetr. 1889. September. p. 923.)

H. berichtet über eine interessante Missbildung. Auf einer Vergnügungsreise begriffen, erfuhr er zufällig von derselben und suchte sie auf. In der Wiege glich dieselbe zwei getrennten Kindern, die nach entgegengesetzter Seite mit den Köpfen lagen. Bei genauerer Untersuchung zeigte sich, dass dieselbe in der Höhe des Beckens vollkommen symmetrisch zusammengewachsen waren. Es finden sich vier wohlgebildete Beine, welche sich natürlich frei bewegen. Die Geschlechtsorgane (die Zwillinge sind weiblichen Geschlechts) und die Mastdarmöffnungen liegen seitlich von der Verbindungslinie. Es findet sich ein gemeinsamer Nabel und zwar in der Mitte der Verbindungslinie.

Bei ihrer Geburt, welche leicht ohne Kunsthilfe erfolgte, wogen die Kinder 12 Pfund und hatten eine Länge von 22 Zoll. Es fanden sich zwei Placenten, doch nur eine Nabelschnur.

Die Kinder leben, sind 14 Tage alt und gedeihen gut. Das eine schreit, während das andere ruhig ist, eben so schlafen sie unabhängig von einander.

Eine genauere Untersuchung wurde von den Eltern nicht gestattet.

Engelmann (Kreuznach).

17) **Robert Park** (Glasgow). **Wirkung des Chinin auf den Uterus.**

(Glasgow med. journ. 1889. Juni.)

3 Tage nach Gebrauch von ca. 1,0 Chinin heftige Blutung im 5. Monat der Schwangerschaft, nachdem sofort mit Eintritt der üblichen Unbehaglichkeitserscheinungen nach dem Chinin, das Gefühl von eintretender Störung im Unterleib, das sich bis zu wirklichen Wehen steigerte, sich eingestellt hatte. Unter geeigneter Behandlung gelang es die Blutung und den drohenden Abort zu sistiren.

Zeiss (Erfurt).

18) **Rothwell Adam.** **Jodismus nach einer einzigen intra-uterinen Applikation.**

(Austral. med. journ. 1889. Oktober 15.)

Verf. machte bei einer Frau, die schon wiederholt geboren hatte, wegen Endometritis, in den großen, geräumigen, retroflektirten Uterus eine Jodinjektion (Jod-Jodkalilösung 5 : 6) mit einer Playfair'schen Spritze. Es traten heftigste Koliken und hierauf ausgeprägter Jodismus auf, mit Suffusion der Augen, Coryza etc.

Zeiss (Erfurt).

19) **Hans Koller** (Basel). **Scharlach bei Wöchnerinnen.**

Inaug.-Diss., Basel, 1889. 66 S.

Verf. berichtet über 5 Fälle von Scarlatina aus der Baseler Frauenklinik, wovon 4 Wöchnerinnen, einer eine Pflegerin betraf, und sucht die Quelle der Infektion zu finden. Da zu derselben Zeit in Basel eine große Scharlachepidemie herrschte, so ist die Möglichkeit gegeben, dass der Scharlach durch Gesunde in die Klinik gebracht wurde. Nachdem die Krankenzimmer gründlich desinficirt waren und jeder Besuch 14 Tage lang verboten war, schien der Infektionskeim vernichtet, bis sich zwei weitere Fälle ereigneten, indem zwei Wöchnerinnen 1 resp. 9 Tage nach dem Austritt aus der Klinik erkrankten. Während sämmtliche 7 Fälle glücklich verliefen, trat bei einem 8. Falle aus früherer Zeit 13 Tage post partum in der Abschuppungszeit der Exitus an Endometritis puerperalis ein. In einem weiteren Falle, eben so wie in 2 Fällen an der Landeshebammenschule, war der Verlauf ein günstiger. Über die Art der Infektion war nichts zu ermitteln. Verf. schließt aus dem hier gesammelten Material:

Das Auftreten sporadischer Fälle von Scarlatina ist kein häufiges; die in Form einer Epidemie aufgetretenen 4 Fälle lassen auf eine Prädisposition schließen; das Auftreten der Krankheitserscheinungen ist ein sehr verschiedenes; die Dia-

gnose ist nicht schwerer als außerhalb des Wochenbettes; der Verlauf der Krankheit ist bald sehr leicht, bald sehr schwer. In 4 Fällen der in Basel beobachteten Erkrankungen ist im Wochenbett niemals Fieber vor dem Auftreten des Scharlachs gefunden worden. Scharlach bewirkt im Wochenbette keine weiteren Veränderungen der Genitalorgane. Milchsekretion hörte in einem Falle gänzlich auf, meist wurde dieselbe vorübergehend vermindert, aber nicht ganz aufgehoben. Von den Kindern erkrankte eins an Scharlach, in 2 Fällen sah man das Exanthem nicht, wohl aber Schuppung, in allen übrigen Fällen keine Zeichen von Erkrankung. Die Prognose ist in 11 Fällen günstig; nur in einem trat der Tod ein, wobei aber vor der eigentlichen Scarlatina hohes Fieber aufgetreten und die Sektion Veränderungen der Genitalien nachgewiesen hatte. Therapie genau wie außerhalb des Wochenbettes. Prophylaxe in Form strengster Desinfektion und Isolirung geboten.

Dann bespricht Verf. noch die Litteratur der Scarlatina puerperalis und stellt folgende 3 Meinungen zusammen:

1) Scarlatina ist in puerperio sehr selten und wird verwechselt mit »Hautentzündungen in Begleitung septischer Puerperalerkrankungen« (Winckel).

2) Scharlach kann Puerperalfieber hervorrufen, kann sich sogar ohne Angina und Exanthem nur als Erkrankung der Genitalorgane darstellen und, auf eine Person außerhalb des Wochenbettes übertragen, wieder wahren Scharlach hervorrufen (bes. Engländer).

3) Scarlatina im Wochenbett zeigt Verschiedenheiten von den gewöhnlichen Erscheinungen.

Alle drei Punkte bestreitet Verf.; allenfalls giebt er das seltene Vorkommen zu, nicht aber ein Verwechseln mit Hautentzündungen; die bei septischen Processen vorkommenden Hauteruptionen zeigen alle den Charakter großer Flüchtigkeit; dann weist er tabellarisch nach, wo sich diese Eruptionen im Wochenbett zeigten, waren gar keine oder nur geringe Veränderungen im Genitalsystem vorhanden. Gegen den zweiten Punkt weist er statistisch nach, dass Scharlachepidemien einer Stadt die Zahl der Puerperalerkrankungen nicht vermehren. Über den dritten Punkt ist noch kein definitives Urtheil möglich. Mit Olshausen ist Verf. der Ansicht, dass bei Wöchnerinnen eine gewisse Immunität gegen Scharlach vorhanden, in den meisten Fällen tritt Abort ein. Bei Schwangeren kann das Scarlatinagift sehr lange latent bleiben, um erst in den ersten Tagen des Wochenbetts seine floride Wirksamkeit zu entfalten. — Ferner ist die Geringfügigkeit der Angina hervorzuheben. — Sexualprocesse sind nicht häufig und nur accidenteller Natur; die Prognose der Scarlatina wird durch das Wochenbett nicht wesentlich verschlechtert.

K. Ruhemann (Berlin).

20) **Hervieux** (Paris). **5 Fälle von Impfsyphilis.**

(Journ. de méd. et de chir. 1889. September.)

H., Direktor des Impfinstituts, theilt 5 Beobachtungen mit, in welchen in der Akademie geimpfte Kinder Syphilis acquirirt haben, welche übrigens gutartig gewesen zu sein scheint. Nach einer genauen Untersuchung scheint eine einzige Annahme zulässig, nämlich dass der Impfträger im Zustand der latenten Syphilis war, denn die Untersuchung ließ an ihm keine Spur von Syphilis nachweisen. Es handelte sich um ein gesundes, kräftiges Kind von 6 Monaten. Fournier konstatirt, dass bei dieser Impfung die denkbar möglichsten Vorsichtsmaßregeln genommen waren; da nun die peinlichste Sorgfalt selbst dergleichen Zufälle nicht vermeiden könne, so müsse die Akademie, welche bereits im Jahre 1865 11 Fälle von specifischer Infektion entstehen sah, sich entschließen, die humanisirte, Jenner'sche Lymphe zu Gunsten der animalen aufzugeben. **K. Ruhemann** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

JUL 9 1890

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 26. Sonnabend, den 28. Juni. **1890.**

Inhalt: I. **Häberlin**, Schwangerschaft mit Morbus Basedowii. Vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta. — II. **W. Freund**, Der elektrische Schröpfkopf. Ein Apparat zur Erregung von Wehen. (Original-Mittheilungen.)

1) **Championnière**, Elektrische Behandlung der Myome. — 2) **Temesváry**, Elektrolyse. 3) Gynäkologische Gesellschaft zu Berlin. — 4) **Vedeler**, Hämatometra. — 5) **Berg**, Ureterstein. — 6) **v. Beck**, Osteoplastische Resektion. — 7) **Bröse**, 8) **Herff**, Faradischer Strom. — 9) **Kruse**, Hydramnios. — 10) **Kramer**, Teratom des Ovarium. — 11) **Pomorski**, 12) **Desidérius v. Velits**, Endotheliома ovarii. — 13) **G. Klein**, Cyste des Wolff'schen Ganges.

I. Schwangerschaft mit Morbus Basedowii. Vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta.

Von
Dr. Häberlin,
gew. I. Assistenzarzt an der Frauenklinik in Zürich.

Der Zusammenhang des Morbus Basedowii mit dem Geschlechtsleben der Frau ist längst bekannt. Trotzdem dürfte die Veröffentlichung eines genau beobachteten Falles mit seltener Komplikation, welchen mir die behandelnden Ärzte, Herr Prof. Dr. Wyder und Herr Dr. H. Müller, Direktor der med. Universitätspoliklinik, gütigst gestatteten, einiges Interesse beanspruchen.

Die Anamnese vom 4. März 1890 ergab Folgendes: Eine 36jährige Pat. hat 6mal geboren; alle Kinder sind jung gestorben. Im Januar 1889 machte sie einen Abort durch. Ende Juli trat die letzte normale Periode auf, während die Blutung Ende August nur noch schwach war. Seit Mitte Mai bemerkte Pat. eine konstante Abnahme des Körpergewichtes. (11. Mai 66,700, 15. Juni 63,000, 4. Juli 60,800, 25. August 59,700, 2. September 59,500, 17. Oktober 59,000, 11. December 58,000, 15. Januar 57,500.) Dabei bestand Zittern an den Händen, Schwäche in den Beinen. Im Halse hatte sie das Gefühl, als ob etwas fest säße und nicht herunterzuschlucken sei. Herzklopfen bei der geringsten Anstrengung, oft Erbrechen. Daher verbrachte Pat. den Juli und August in Norderney, woselbst der Zustand sich rasch besserte. Erbrechen, Schwäche der Extremitäten, das lästige Gefühl im Hals verschwanden, das Herzklopfen dagegen trat stärker auf. Bei der Heimfahrt

bemerkte Pat. zum ersten Mal das Hervortreten der Augen und zu gleicher Zeit die Anschwellung der Schilddrüse.

Ende September konstatirte der konsultirte Arzt, Herr Dr. H. Müller, dem ich für seine gütigen Mittheilungen an dieser Stelle meinen besten Dank ausspreche, einen Morbus Basedowii: Exophthalmus. Puls 120; Struma; kein Gräfe'sches Symptom. Im Laufe der Monate Oktober bis Januar litt Pat. an sehr häufigem Erbrechen und Nasenbluten. Der Halsumfang betrug am 21. Oktober 36 cm, stieg in kurzer Zeit auf 37 cm. — Vor 2—3 Wochen (Mitte Februar 1890) fiel Pat. um. Bald nachher sehr geringer Blutabgang per vaginam, worauf Pat. Bettruhe einnahm und so die Blutung zum Stillstande brachte. Am 2. März trat plötzlich ohne äußere Ursache eine sehr heftige Blutung ein, so dass durch Herrn Prof. Wyder, welcher zugezogen wurde, bei geschlossenem Muttermunde die Scheidentamponade mit Jodoformgaze vorgenommen werden musste. Darauf Transport ins Schwesternhaus zum rothen Kreuz.

Status praesens: Ziemlich blasse, nervöse Frau mit starker Protrusio bulbi, verzerrten Gesichtszügen. Puls 120—140, regelmäßig, von ordentlicher Spannung. Kein Zittern der Extremitäten; kein Gräfe'sches Symptom. Herz nicht nachweisbar vergrößert. Töne sehr laut, hauchend. Über dem Abdomen hört man überall ein lautes Arteriengeräusch, isochron mit den lauten mütterlichen Herztönen. — Abdomen vergrößert. Uterus reicht 3—4 Finger breit über den Nabel. Darüber die Därme stark aufgetrieben. Die Palpation ist schwierig; der Kopf scheint nach rechts abgewichen zu sein; der Rücken unten; kleine Theile links (daselbst fühlte Pat. früher Kindsbewegungen). Herztöne wurden vor kurzer Zeit noch gehört (Herr Dr. Müller), jetzt nicht mehr. Die innere Untersuchung kann vorläufig nicht gemacht werden. Pat. ist schlaflos, erbricht fast Alles. Zeitweise wehenartige Schmerzen im Unterleib. Der Urin muss mit dem Katheter entleert werden, ist klar, enthält kein Eiweiß.

Diagnose: Graviditas Anfangs 8. Monats. Frucht abgestorben. Metrorrhagien (vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta oder Placenta praevia). Morbus Basedowii. Therapie: Opium.

8. März. Der Tampon wurde täglich erneuert. Heute der Muttermund für 2 Finger durchgängig. Die Blase stellt sich bei den ziemlich schnell sich folgenden, aber kurzen Wehen. Placenta wird nicht gefühlt, wohl aber die glatten Eihäute.

9. März 1 Uhr Morgens. Trotz Tamponade geht Blut ab. In der Scheide viele Blutcoagula und schwarzes flüssiges Blut. Muttermund fast vollständig eröffnet; in demselben fühlt man überall eine weiche Masse. In leichter Narkose geht man in linker Seitenlage mit der rechten Hand an der vollständig gelösten und zugleich vorgefallenen Placenta vorbei, dieselbe nach rechts andrückend, wobei wieder ziemlich viel dunkles Blut abgeht. Ohne Mühe kann der linke Fuß ergriffen werden. Extraktion leicht. Der Schädel wird spontan geboren. Die Placenta folgt nach 10 Minuten auf leichten Druck mit einer ziemlich bedeutenden Menge Coagula. Absolut keine arterielle Blutung. Uterus gut kontrahirt (prophylaktisch Ergotin 0,5 subkutan). Die Eihäute fehlen zum größten Theil. Uterushöhle mit $^1/_2$‰igem Sublimat ausgespült. Puls 130, wie vorher.

Die Untersuchung des dem 8. Schwangerschaftsmonat entsprechenden, faultodten Fötus im pathologischen Institut ergab keine Anhaltspunkte für die Annahme einer luetischen Erkrankung. Die zugehörige Placenta ist tellergroß, enthält einige weiße Infarkte und deutliche Blutextravasate.

Das Wochenbett verlief normal. Am 4. Tag gingen einige Eihautfetzen mit den Lochien ab. Höchste Temperatur 38,0. Die Pulsfrequenz nahm konstant ab, betrug bei der Entlassung am 21. März 102. Eben so ging der Exophthalmus zurück. Am 14. März wurde zum ersten Mal der vollständige Schluss der Augenlider während des Schlafes beobachtet.

Der am 15. April von Herrn Dr. Müller aufgenommene Status lautet folgendermaßen: Allgemeinbefinden sehr gut. Appetit ausgezeichnet; wenig Herzklopfen;

Puls 120; leicht systolisches Geräusch. Halsumfang 33 cm. Struma fast total verschwunden. Exophthalmus noch vorhanden, aber entschieden geringer.

Wenn wir mit wenigen Worten auf den Fall näher eintreten, so scheint es uns ungezwungen, den Beginn des Morbus Basedowii mit der Konception zeitlich in direkten Zusammenhang zu bringen. Es handelt sich um eine sehr nervöse Frau mit den verschiedensten Beschwerden (Appetitlosigkeit, Abmagerung, Zittern, Schwäche, Herzklopfen, Globus), welche durch die Seebäder bald verschwinden, mit Ausnahme des Herzklopfens.

Im August tritt Konception ein (letzte normale Regel Ende Juli; Anfangs März befindet sich Pat. im Anfang des 8. Schwangerschaftsmonats; der anatomische Befund spricht für das gleiche Alter). Von diesem Zeitpunkte an treten die bekannten Symptome des Morbus Basedowii, Herzklopfen, Exophthalmus, Struma, in den Vordergrund. Sie nehmen im Laufe der Schwangerschaft an Intensität zu, um dann nach der Geburt ziemlich schnell wieder abzunehmen. Ob vollständige Heilung eintreten wird, lässt sich jetzt noch nicht sicher beurtheilen, doch ist dafür begründete Hoffnung vorhanden.

Wenn so einerseits die Gravidität den Morbus Basedowii in der besprochenen Weise bedingte und beeinflusste, so ist seinerseits eine Rückwirkung auf den Verlauf der Schwangerschaft unverkennbar.

Reichliches Erbrechen kommt oft bei Morbus Basedowii vor; die Neigung zu Blutungen ist bekannt. Daraus erklärt sich einmal das häufige Nasenbluten, dann aber auch die vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft. Es ist zwar in der Anamnese ein Fall der Pat. erwähnt, doch werden wir nicht fehl gehen, wenn wir demselben keine große Bedeutung beimessen, schon mit Rücksicht auf den Umstand, dass die geringe Blutung nach Bettruhe sofort völlig sistirte, um dann ohne äußere Veranlassung und erst 3 Wochen später mit Gefahr drohender Heftigkeit wieder aufzutreten. Andere Erkrankungen, wie Lues, Morbus Brightii etc., welche in ähnlicher Weise zum Partus praematurus führen können, sind hier ausgeschlossen. Placenta praevia konnte trotz mehrfacher genauer Untersuchung nicht nachgewiesen werden. Eine ganz ähnliche Beobachtung machte bekanntlich Benicke[1]: »Bei einer mit Morbus Basedowii behafteten Frau trat in der 36. Schwangerschaftswoche, ohne dass Wehen eingetreten waren, eine vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta auf.«

Der Morbus Basedowii war also in unserem Falle unzweifelhaft die Ursache der zu früh eingetretenen Geburt und des Absterbens des Fötus.

Da nach dem vorliegenden Material bei Morbus Basedowii eine normale Schwangerschaft mit lebender Frucht nicht immer zu erwarten ist, vielmehr heftige, das Leben bedrohende Blutungen, bedingt durch vorzeitige Lösung der Placenta, zu fürchten sind, da

---

[1] Ref. in Müller (Die Krankheiten des weiblichen Körpers) p. 89.

ferner die bestehende Gravidität das Leiden in hohem Maße verschlimmert, die eintretende Geburt hingegen mit Wahrscheinlichkeit Besserung bringt, so dürfte in einzelnen Fällen die Frage des künstlichen Abortes wohl am Platze sein.

II. Der elektrische Schröpfkopf. Ein Apparat zur Erregung von Wehen.

Vorläufige Mittheilung.

Von

Dr. Hermann W. Freund (Straßburg i/E.).

Im Verlaufe von Untersuchungen über die Beziehungen der Brustdrüse zu den weiblichen Genitalien bin ich zu Resultaten gekommen, deren praktische Verwerthung von nicht zu unterschätzender Bedeutung für die Geburtshilfe und Gynäkologie zu sein scheint. Wenn ich dieselben trotz noch wenig zahlreicher Erfahrungen jetzt schon bekannt gebe, so geschieht dies in der Absicht, die Fachgenossen zur Prüfung der zu beschreibenden Methode aufzufordern, da verwendbares Material dem Einzelnen nicht immer in wünschenswerther Fülle zu Gebote steht.

Es handelt sich bei meinen Versuchen um Erregung von Uteruskontraktionen von der Brustwarze aus, ein Vorgehen, welches früher schon vereinzelt in primitiver Weise eingeschlagen worden ist und in der Litteratur wie ein Kuriosum mitgeführt wird.

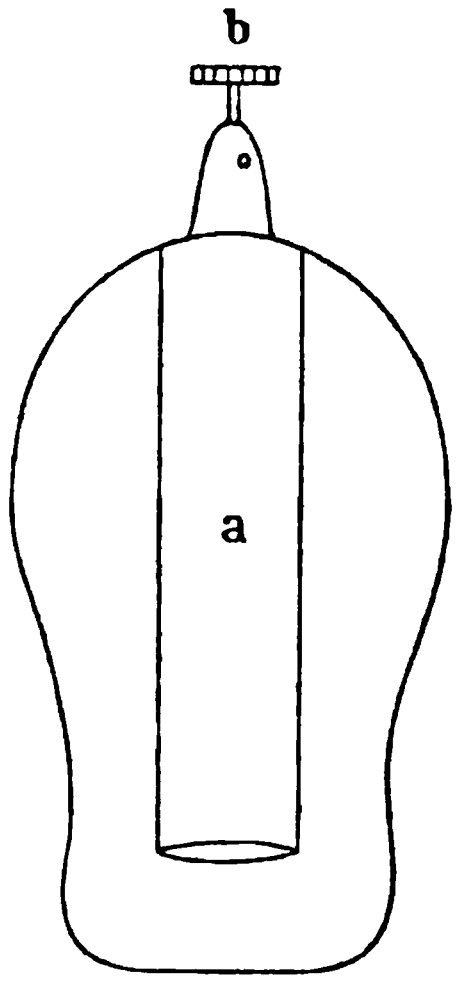
Zunächst überzeugte ich mich durch mehrfache Versuche an schwangeren Frauen, dass eine Reizung der Mamilla mit dem konstanten Strome Zusammenziehungen der Gebärmutter auslöst. Dieselben sind aber nicht kräftig, nicht dauernd genug, als dass man diese Art des Vorgehens praktisch verwerthen könnte, hauptsächlich wohl desshalb, weil dazu starke Ströme nöthig wären. Mehr als 10—12 Milliampères konnte keine der Frauen ertragen, was bei der bekannten Empfindlichkeit der Warzen nicht Wunder nehmen kann. Ich bekam aber den Eindruck, dass bei einer Verstärkung des elektrischen Reizes kräftigere Kontraktionen der Gebärmutter zu erwarten wären.

Der zweite Versuch, den ich dann anstellte, war der, dass ich über die Mamilla einen Schröpfkopf in der beim trockenen Schröpfen üblichen Weise setzte. Bei einer sehr reizbaren, im letzten Monat schwangeren Frau hatte dieses einfache Experiment einen so prompten Erfolg, d. h. es traten sofort so intensive Uteruskontraktionen auf, dass ich den Schröpfkopf entfernte, um die Geburt nicht einzuleiten. — In anderen Fällen erfolgten keine oder nur unbedeutende Zusammenziehungen.

In einer dritten Reihe von Untersuchungen kombinirte ich nun die beiden erstbeschriebenen in folgender Weise:

Einen dicken gläsernen Schröpfkopf (siehe Abbildung) ließ ich

oben durchbohren, so dass in ihn eine messingne Schwammhülse (*a*) eingelassen werden konnte. Durch Siegellack wurde die Bohrstelle wieder luftdicht verschlossen. Die Schwammhülse steht mit einer dem Schröpfkopf außen und oben aufsitzenden Schraubenvorrichtung (*b*) in ununterbrochenem Zusammenhang. Letztere soll den elektrischen Leitungsdraht aufnehmen.



Dieser »elektrische Schröpfkopf« wurde nun zuerst bei 3 schwangeren Frauen, deren Niederkunft nahe bevorstand, über die Brustwarze gesetzt, so zwar, dass ein in die Messinghülse geschobener befeuchteter Schwamm letztere direkt berührte; der Apparat wurde darauf mit der Kathode verbunden. Die Anode kam in der Form einer breiten Platte auf das Abdomen. In allen 3 Fällen war der Erfolg ein überraschend prompter und ausgiebiger. Während nur Ströme von 6—7 Milliampères zur Verwendung kamen, kontrahirte sich die Gebärmutter jedes Mal, bei der ersten Stromschließung wenig, bei der zweiten und dritten energisch und hart und blieb dies während mehr als einer Minute. In einem Falle (Ipara) hielten schwache, im Kreuz verspürte Wehen fast 10 Stunden an und verschwanden dann; im zweiten Falle (IIpara) erloschen sie sofort bei der Entfernung des Schröpfkopfes; im dritten Falle (ältere IIpara) hielten sie einige Stunden an, zwei Tage später erfolgte die Geburt am richtigen Termin. — Ich vermied ein »Einschleichen« des Stromes, ließ vielmehr letzteren sofort in seiner — entschieden nicht bedeutenden — Stärke einwirken. Die Wehen traten in allen 3 Fällen sehr schnell, bei der zweiten und dritten Schließung des Stromes fast unmittelbar ein. Sobald sie konstatirt waren, wurde der Strom ausgeschaltet, was aber kein sofortiges Verschwinden der Wehe zur Folge hatte. — Über Schmerzen klagte keine der Frauen; die Empfindung in der Warze, welche sich beim Aufsetzen des Schröpfkopfes erigirt, sei während der Elektrisirung die gleiche, wie beim Saugen des Kindes. Üble Einwirkungen auf die Warze sah ich nie. (Ich benutzte einen gläsernen und keinen metallenen Schröpfkopf, um die Haut der Brustdrüse nicht unnöthig zu reizen.)

Innerhalb weniger Tage kam ich in die Lage, bei zwei verschiedenartigen Fällen die gemachte Entdeckung praktisch zu verwerthen.

Im ersten Falle handelte es sich um eine gesunde, etwas fette und träge Frau von 29 Jahren, die einmal vor 8 Jahren nach längerer Geburtsdauer ein lebendes Kind spontan geboren hatte. Angeblich in Folge Zurückbleibens von Nachgeburtstheilen war das Wochenbett fieberhaft, doch blieben schwerere Störungen nicht zurück. — Die letzte Regel trat am 20. Juli ein, die Geburt hätte demnach am 27. April erfolgen müssen. Es entstanden auch an diesem Tage gute, alle 15 bis 20 Minuten wiederkehrende Wehen, die eine Nacht hindurch anhielten, dann aber

völlig erloschen. Der Cervix hatte sich dabei nur so weit geöffnet, dass man etwa einen Finger durchführen konnte.

In den nächsten 14 Tagen bemühte sich die Hebamme und der behandelnde Arzt, mit den üblichen Mitteln Wehen zu erzeugen; täglich wurden entweder Vollbäder oder warme Umschläge auf den Leib, warme Scheidenausspülungen, Abführmittel etc. verordnet, Alles ohne den geringsten Erfolg. Erst am 15. Mai, also 18 Tage nach dem Wehenbeginn, wurde ich gerufen. Ich fand die etwas angegriffen aussehende Frau im Zimmer herumgehend, ohne Wehen. Der Uterus war sehr stark ausgedehnt, das offenbar große Kind lag in 2. Schädellage beweglich über dem mäßig platten Becken. Vagina und Cervix ziemlich rigid. Letzterer noch fast halb fingerlang, nur für einen Finger passirbar. Die Blase stand. — Nachmittags um $5^3/_4$ Uhr machte ich mit einem kleinen galvanischen Apparat (ohne Galvanometer) in der Wohnung der Kreißenden den ersten Versuch, Wehen hervorzurufen.

Der Schröpfkopf wurde aufgesetzt und ein Strom von 12 Elementen angewendet. Momentan entstand eine mäßige Wehe, die so lange ($1^1/_2$ Minute) anhielt, als der Strom geschlossen blieb. Dann wurde (ohne Abnehmen des Schröpfkopfes) eine Pause von 3 Minuten gelassen. Nach derselben erneute Galvanisation. Sofort entstand eine sehr gute, den Uterus median stellende, anhaltende Wehe, die von der Frau verspürt wurde. Trotzdem ich den Strom nun sofort ausschaltete, hielt diese Wehe über eine Minute an. Nach einer Pause von 4 Minuten, während deren der Schröpfkopf abfiel und neu aufgesetzt wurde, trat nach erneuter Elektrisirung eine sehr kräftige Wehe auf, die 2 Minuten anhielt und die Kreißende stöhnen machte. Der Strom wurde wieder sofort ausgeschaltet, der Schröpfkopf aber noch nicht entfernt. Dies geschah erst, als — ohne erneute Galvanisirung — spontan in Pausen von 3—5 Minuten kräftige, schmerzhafte Kontraktionen entstanden.

Das Bemerkenswerthe im weiteren Verlaufe war nun, dass von dieser Zeit an die Wehenthätigkeit eine geregelte blieb und bis zur Beendigung der Geburt nicht wieder erlosch.

Das Verstreichen des rigiden Cervix bedurfte ziemlich langer Zeit; erst am nächsten Abend (den 16. Mai) war es erreicht. Der Muttermund war um diese Zeit markstückgroß, die Blase stand. Dann traten schmerzhaftere, alle 5—8 Minuten wiederkehrende Kontraktionen auf und hielten die ganze Nacht an; der große, ziemlich harte Kopf trat mit gesenktem Vorderhaupte langsam durch die verengte Conjugata. Am Morgen des 17. Mai war der Muttermund über thalerstückgroß, die Blase sprang. Nachmittags um 2 Uhr wurde, nachdem anhaltende austreibende Wehen den Kopf mit vorausgehender kleiner Fontanelle bis auf den Beckenboden getrieben hatten, wegen Erschöpfung der Kreißenden die Zange angelegt und ein lebendes Kind extrahirt. Der Uterus kontrahirte sich gut. Die Zeichen der erfolgten Lösung der Placenta aus dem Corpus uteri traten erst um 5 Uhr ein; die große Nachgeburt wurde mit dem von mir angegebenen Handgriff vollständig entfernt. Eine Nachblutung trat nicht ein. Das Wochenbett ist normal verlaufen. — Das Kind, ein Knabe, war übertragen, wog 9 Pfund und hatte einen ziemlich harten Schädel von 35 cm Umfang.

Der zweite Fall betraf eine 36jährige Xpara, die 6mal spontan geboren und 3mal abortirt hatte. Letzte Regel am 1. Oktober.

Schon seit 5 Wochen verliert die Frau geringe Mengen blutig gefärbten Schleimes, ohne dass Wehen aufgetreten wären. Am 16. Mai Abends schleppte die Frau eine schwere Last, worauf sie leichte Schmerzen im Leibe verspürte und Nachts um 2 Uhr zu bluten begann. Erst am 17. Mai früh um 10 Uhr schickte die inzwischen herbeigeholte Hebamme der anhaltenden, wenn auch nicht profusen Blutung wegen in die Poliklinik um Hilfe.

Ich fand eine robuste, nicht fiebernde, mäßig blutende Frau. Der Uterus, dem 8. Monat entsprechend, war schlaff, stark rechts seitlich verlagert. Das lebende Kind lag in 1. Lage. Nach Entfernung großer Coagula aus der schlaffen Scheide fühlte man den Cervix noch fingergliedlang, nachgiebig, für einen Finger durchgängig. Placenta nirgends zu erreichen. Blase gesprungen. Keine Wehen. Die Blutung stand auf eine warme Scheidendusche, wobei aber Uteruskontraktionen

nicht ausgelöst wurden. — Mittags um 12 Uhr wird der elektrische Schröpfkopf in derselben Weise in Anwendung gebracht, wie beim ersten Falle (12 Elemente). Fast momentan erfolgt eine kräftige, den Uterus median stellende Kontraktion. Nach 2 Minuten erneute Elektrisirung mit demselben positiven Erfolg, nach weiteren 3 Minuten eben so. Von da ab bis zur Beendigung der Geburt erloschen die Wehen nicht mehr, blieben vielmehr typisch und kräftig und förderten am 18. Mai früh um 6 Uhr ein lebendes Kind zu Tage. Die Placenta folgte nach einer halben Stunde vollständig; sie zeigte an einer Stelle Spuren vorzeitiger Lösung. Keine Nachblutung. Das Wochenbett bisher normal[1].

Ich enthalte mich vorläufig weiterer Schlussfolgerungen über den Werth der angegebenen Methode, wenn auch der geradezu überraschend glückliche Erfolg in den mitgetheilten Fällen dazu veranlassen könnte. Das Faktum aber steht fest, dass, abgesehen von den 3 vorbereitenden Untersuchungen, in denen bei Schwangeren überhaupt Wehen erzeugt wurden, in zwei Geburtsfällen — mit übertragener und mit nicht ausgetragener Frucht — auf dem angegebenen Wege die Geburt nicht bloß schnell eingeleitet, sondern auch in normaler Weise zu Ende geführt worden ist. Sehr zu Gunsten der Methode könnte der Umstand sprechen, dass im ersten Falle während 14 Tagen eine Reihe der in der Praxis üblichen, vielfach wirksamen Mittel zur Wehenerregung vergeblich angewendet worden waren; um einen sehr irritablen Uterus kann es sich also nicht gehandelt haben.

Sollten sich weitere positive Erfolge ergeben, dann allerdings wäre meine Methode auch bei der Einleitung der künstlichen Frühgeburt zu berücksichtigen. Sie empfiehlt sich nach den bisherigen Erfahrungen durch rasche Wirksamkeit und Unschädlichkeit; mit den inneren Genitalien kommt sie gar nicht in Berührung, sondern nur mit der äußeren Haut. In Folge des doppelten Reizes, der die Brustwarze trifft, braucht die Stärke der anzuwendenden Ströme nicht groß zu sein. Weder Schmerzen, noch sonstige nachtheilige Wirkungen, lokaler oder allgemeiner Art, habe ich beobachtet. Schließlich ist die Methode auch in der Poliklinik und ohne größere Vorbereitungen verwendbar.

Ich werde diese Art des Vorgehens daher in jedem Falle von künstlicher Frühgeburt und von Wehenschwäche versuchen, vielleicht auch zur elektrischen Behandlung von Uteruskrankheiten. Eine genauere Begründung und Beschreibung der in Betracht kommenden Verhältnisse erscheint demnächst. — Ich hoffe, dass meine Fachgenossen Versuche mit der angegebenen Methode anstellen und bekannt geben werden.

---

1) **Lucas Championnière** (Paris). Elektrische Behandlung der Fibroide.

(Gaz. des hôpitaux 1890. No. 21. p. 195.)

Anstatt die Elektrode ins Cavum uteri einzuführen, begnügt sich C. mit der Applikation einer Platinelektrode an die Muttermunds-

[1] Während der Zeit des Druckes dieser Mittheilung habe ich einen weiteren, dem ersten sehr ähnlichen Fall in derselben Weise mit gleich günstigem Resultat behandelt.

lippen. Bei einem Strom von 80—120 Milliampères und häufigem Stromwechsel hat er stets sehr gute Resultate erzielt, besonders bei Personen, welche der Menopause näher sind. Die Blutungen ließen nach, die Schmerzen hörten auf und die Geschwulst verkleinerte sich sichtlich, in manchen Fällen schien sie sogar gänzlich zu schwinden. Dennoch gebe es Fälle, wo auch elektrische Behandlung vollkommen im Stich lasse. **Sack** (Langensteinbach).

---

2) **Temesváry** (Budapest). Die Elektricität in der Gynäkologie.

(Budapesti kir. orvosegyesület 1890. März.)

Vortr., der mehrere Wochen bei Apostoli zugebracht, spricht auf Grund der dort gesehenen über 40 Fälle und etwa 150 Sitzungen vor Allem über die in der gynäkologischen Elektrotherapie verwendeten Apparate und Instrumente und über das Verfahren Apostoli's. Wir bedürfen vor Allem eines elektrischen Apparates, der nach Besiegung des in der Gynäkologie in Frage kommenden 150—400 Ohm betragenden Widerstandes noch einen 200—250 Milliampères starken Strom zu erzeugen im Stande ist; für diese Zwecke ist eine aus 30 bis 50 mittelgroßen Leclauché-Elementen bestehende Batterie am zweckmäßigsten und billigsten. Wir bedürfen fernerhin eines genauen, in Milliampères eingetheilten Galvanometers, eines Rheostats oder Elementenzählers, eines Dubois-Reymond'schen Induktionsapparates, eines Kommutators, zweier Leitungsschnüre und verschiedener Elektroden. Als indifferente (auf den Unterleib der Pat. zu legende) Elektrode ist am zweckmäßigsten ein aus feinem Modellirthon erzeugter Kuchen, der einen Flächeninhalt von 600 qcm hat und in feuchte Gaze eingehüllt auf den Unterleib gelegt wird; auf diesen Kuchen wird eine mit dem einen Leitungsdrahte verbundene Metallplatte fest angedrückt. Die aktiven Elektroden (die in den Uterus oder seltener in die Vagina kommen) sind entweder sondenförmig, die aus Platin oder Aluminium verfertigt werden, oder Kohlenelektroden oder stilettartig; erstere 2 Arten werden bei der Galvanokaustik, die letztere bei der Galvanopunktur verwendet; dieser Methode prophezeit übrigens Vortr. keine große Zukunft. Zur Anwendung des faradischen Stromes hat Apostoli bipolare Elektroden verfertigt.

Bei dem Verfahren ist das Hauptprincip: strenge Antisepsis der Hände, der Instrumente und des Operationsfeldes, so wie eine gleichmäßige, nie plötzliche stoßweise Verstärkung des Stromes. Bei Anwendung des konstanten Stromes darf während der ersten Sitzung nur bis 50—60, höchstens 70—80 Milliampères gegangen werden; in den folgenden Sitzungen werden 100—150 eventuell auch 200 bis 250 Milliampères verwendet; gewöhnlich genügt ein 100—150 Milliampères starker Strom. Je schwerer und chronischer die Krankheit, desto größer sei auch die Stromstärke. Die Dauer einer Sitzung beträgt gewöhnlich 5 Minuten, manchmal kann diese auf 8—10 Mi-

nuten verlängert werden, doch möge dies in der Sprechstunde nie geschehen; in anderen Fällen wieder, namentlich bei empfindlichen Individuen, dauere eine Sitzung nur 3—4 Minuten lang. Wöchentlich sind zwei, mindestens aber eine Sitzung abzuhalten. Bei der Galvanopunktur werden die Sitzungen alle 10 Tage wiederholt; hier wird übrigens stets der negative Pol in Anwendung gebracht. Bei der Faradisation sollen täglich 1 oder 2 Sitzungen stattfinden; die Dauer einer Sitzung hängt von den Schmerzen ab, gegen welche dieser Strom verwendet wird; sind diese nervösen Ursprungs, so müssen sie während der Sitzung ganz aufhören, sind sie entzündlichen Ursprungs, müssen sie wenigstens nachlassen.

Die Zahl der Sitzungen ist verschieden und variirt zwischen 3—4 und 20—30; eine Durchschnittszahl kann nicht angegeben werden, sie hängt von der Art und von dem Alter der Krankheit ab. Nach jeder Sitzung sind die Genitalien zu desinficiren und ein Jodoformgazetampon einzuführen. Nach Anwendung des konstanten Stromes muss die Pat. 1—2 Stunden lang ruhig liegen; nach Anwendung des inducirten Stromes ist dies überflüssig. Die Pat. muss sich während der ganzen Dauer der Behandlung jeder Kohabitation enthalten, jedenfalls aber an den Tagen der Behandlung und den unmittelbar darauf folgenden. Während der Menstruation sollen wir nur, wenn die Blutung lang dauernd und profus ist, behandeln; während der Schwangerschaft ist höchstens die vaginale Anwendung des faradischen Stromes erlaubt.

Der Vortrag wurde mit der Demonstration theils Apostoli'scher, theils Engelmann'scher Instrumente illustrirt. Autoreferat.

Kasuistik.

3) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 23. Mai 1890.

Vorsitzender: Herr Olshausen; Schriftführer: A. Martin.

Die Gesellschaft ehrt das Andenken ihres verstorbenen auswärtigen Mitgliedes, des Prof. F. C. Faye in Christiania in der üblichen Weise. Herrn Pomorski wird die auswärtige Mitgliedschaft zuerkannt.

Die Prüfung der Kasse wird Herren Heyder und Tamm übertragen.

Für die Einlieferung der Beiträge zu der Festschrift der Gesellschaft wird der 13. Juni als Präclusivtermin fixirt.

I. Demonstration von Präparaten.

Herr Bunge demonstrirt eine Haarnadel, welche eine Frau sich zum Zweck des Abortirens in den Uterus eingebracht hat. Die Nadel saß in der vorderen Wand des Corpus, wahrscheinlich subserös und konnte von Herrn A. Martin mit einer Kornzange extrahirt werden. Die Rekonvalescenz verlief ohne Störung.

Herr Olshausen erwähnt, dass er vor 2 Jahren ein ähnliches Präparat entfernt habe.

Herr Frank demonstrirt einen Bauchdeckentumor, enthaltend eine Nähnadel. Das Präparat ist durch Laparotomie von Herrn A. Martin am 8. Mai d. J. entfernt worden. Es stammt von einer 37jährigen Frau, dieselbe hat einmal abortirt, 5mal geboren, das letzte Mal vor 7 Monaten. Pat. will vor etwa 6 Monaten unter-

halb des Nabels eine kleine Hervortreibung bemerkt haben; die Geschwulst ist angeblich in den letzten Wochen größer geworden. Pat. hat nur ein leises Brennen im Leibe verspürt. Von außerhalb der Anstalt zugewiesen, konnte etwa 2 Finger breit unterhalb des Nabels ein etwas über die Bauchdecken prominirender Tumor konstatirt werden. Derselbe, etwa $^1/_2$ Faust groß, zeigte eine ziemlich derbe Konsistenz, war auf den Bauchdecken nicht verschieblich. Nach dem Becken zu schien er sich mit einem etwa 2 Finger breiten Stiel fortzusetzen. Röthung oder Schmerz war nicht zu konstatiren. Der innere Genitalbefund bot nichts Bemerkenswerthes, Uterus und die Adnexe waren nicht pathologisch verändert, man konnte durch die innere Untersuchung feststellen, dass der Tumor nicht von den Beckenorganen ausging. Man konnte hoffen, den Tumor, der für ein Fibrom der Bauchdecken angesprochen wurde, zu exstirpiren, ohne das Abdomen dabei zu eröffnen.

Am 8. Mai d. J. wurde zur Operation geschritten. Ein Schnitt in der Linea alba traf auf den sehr fettreichen Tumor. Derselbe wurde mit einer Kugelzange gefasst und sollte ringsum umschnitten werden. Dabei wurde er an einer Stelle angeschnitten und es zeigte sich in der Schnittöffnung der Öhrentheil einer Nähnadel. Zugleich entleerte sich eine geringe Menge geruchlosen Eiters und man sah nun aus der Schnittöffnung den übrigen Theil der Nadel herausragen. Dieselbe wurde mit einer Kornzange gefasst und leicht extrahirt. Bei weiteren Versuchen, den Tumor von den Bauchdecken loszulösen, ergab es sich, dass er äußerst fest mit denselben verwachsen war. Um ihn daher vollständig zu exstirpiren, musste das Abdomen eröffnet werden. Nun zeigte es sich, dass eine Dünndarmschlinge einige Centimeter unterhalb des Sitzes der Geschwulst an der vorderen Bauchwand adhärent war. Diese Verwachsung hatte den Stiel vorgetäuscht. Es wurde der Darm stumpf abgelöst und die Serosa durch eine kleine fortlaufende Naht geschlossen. Ein Stück Omentum, das stark entzündet und verdickt in die Bauchwunde hineinragte, wurde resecirt. Keine Blutung. Schluss der Bauchwunde. Jodoformgazeverband.

Pat. hatte am Abend des 2. Tages eine Temperatur von 37,9°. Sonst war die Temperatur immer normal. Pat. ist am 13. Tage aufgestanden und soll in einigen Tagen entlassen werden.

Der Tumor, etwa $^1/_2$faustgroß, besteht zum größten Theil aus Fettgewebe, zum Theil enthält er Muskelsubstanz. In der Mitte des Tumors befindet sich die etwa haselnussgroße, unregelmäßig gestaltete Eiterhöhle. Nach dem Abdominaltheil zu führt ein für eine feine Sonde passirbarer Fistelgang. — Es ist anzunehmen, dass die Nadel verschluckt worden ist und dann ihren Weg durch die Darmwand in die Bauchdecken genommen hat.

II. Herr P. Ruge hält den angekündigten Vortrag: Über einen Fall von Kaiserschnitt.

Der Vortr. berichtet über einen Fall von Kaiserschnitt, den er bei relativer Beckenenge mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind gemacht hat. Im Anschluss hieran bespricht er die Prognose des Kaiserschnittes und die Nahtmethoden. (Die Mittheilung erfolgt ausführlich in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.)

In der Diskussion erhält das Wort Herr Veit: Meine Herren! Gestatten Sie mir, da ich an der Kaiserschnittfrage etwas betheiligt bin, meine Zustimmung zu den Ausführungen des Herrn P. Ruge auszudrücken. Insbesondere möchte ich mit ihm betonen, dass die Mortalität nach dem Kaiserschnitt auch jetzt noch recht hoch ist, wenn man alle bekannt gewordenen Operationen mitrechnet. Die schlechten Resultate stammen nicht aus den Anstalten, in denen durch viele Laparotomien die Technik dieser Eingriffe eine alltägliche geworden ist, sondern wir verdanken diese Kenntnis den Zusammenstellungen, die alle bekannt gewordenen Fälle umfassen. Die letzten Fälle, von Torggler aufgeführt, geben zwar eine Mortalität von 8,3% (3 Todesfälle auf 36 Operationen), aber im Ganzen starben von 171 Operationen 39 Mütter (also 26,7%). Man wird daher mit der relativen Indikation zum Kaiserschnitt immer noch nicht allzu weit gehen dürfen. — Der Fall des Herrn Ruge gehört zu denjenigen, welche ich schon früher als besonders

günstig charakterisirte, d. h. in denen gar nicht von der Scheide aus während der Geburt untersucht wurde. Hier ist die Prognose nur abhängig von der Übung und Erfahrung in Laparotomien. Besonders erfreulich waren mir die Ausführungen des Herrn Ruge über Naht und Nahtmaterial, die wohlthuend abstechen von den etwas übertriebenen Empfehlungen dieses oder jenes Nahtmittels oder Methode, wie sie immer noch in neueren Publikationen vorkommen. Es kommt auf exakte Naht der Uterusmuskulatur an und darauf, dass etwa klaffende Stellen des Peritoneum vereinigt werden. Dass Herr Ruge die symperitoneale Naht von Sänger gar nicht mehr erwähnte, hat mich in gewissem Sinne befriedigt.

Herr Dührssen: Meine Herren! Herr P. Ruge hat in seinem Vortrag die verschiedenen Gefahren hervorgehoben, welche den Kaiserschnitt immer noch als eine ernste Operation erscheinen lassen. Um so mehr frappirt es mich, dass Herr Ruge der prophylaktischen Wendung gar nicht gedacht hat. Dass das erste Kind perforirt wurde, beweist doch gar nichts für die Nothwendigkeit des Kaiserschnittes bei der 2. am normalen Ende der Schwangerschaft eingetretenen Geburt. Denn sicher werden alle hier anwesenden Herren schon solche Fälle erlebt haben, bei welchen das erste Kind perforirt wurde und die prophylaktische Wendung bei einer späteren Geburt ein lebendes Kind ergab. Der für das Kind ungünstige Verlauf der ersten Geburt bei plattem Becken beruht ja häufig darauf, dass man zu spät gerufen wird, um noch die prophylaktische Wendung machen zu können, und dass andererseits der Kopf für die Zangenextraktion noch zu ungünstig steht. Allerdings ist Herrn Ruge das Becken auch als ein querverengtes erschienen, die Maße jedoch, die er gegeben, sprechen absolut nur für ein rachitisch plattes Becken. Bei Verdacht auf quere Verengerung wäre doch die in der Schwangerschaft vorgenommene Messung des queren Durchmessers des Beckenausgangs ohne Gefahr einer vorzeitigen Geburt auszuführen gewesen und vollends wäre diese Rücksicht bei der im Geburtsbeginn vorgenommenen Messung fortgefallen. Aus den Beckenmaßen geht also nur hervor, dass es sich um ein rachitisch plattes Becken mit einer Conj. vera von 8—8½ cm, mithin um ein rachitisch plattes Becken 2. Grades handelte. Bei diesen Becken aber erzielt der geübte und antiseptische Geburtshelfer durch die im günstigen Moment ausgeführte prophylaktische Wendung mit Sicherheit und ohne Gefahr für die Mutter ein lebendes Kind, falls dieses nicht zufällig einen sehr großen und dabei abnorm festen Kopf hat. Sehr große, aber nicht abnorm feste Schädel habe ich bei einer derartigen Beckenverengerung besonders leicht durch den Martin'schen Handgriff entwickeln können. Zur weiteren Beurtheilung des Falles möchte ich mir an den Herrn Vortr. die Frage erlauben, wie das Gewicht und die Kopfmaße beschaffen waren. Was die Gefahr der Atonie beim Kaiserschnitt anlangt, so habe ich vor 2 Jahren hier in der Gesellschaft — bei Gelegenheit des Vortrags des Herrn Veit über Sectio caesarea — ein Verfahren angegeben, welches diese Gefahr beseitigen soll — nämlich die prophylaktische Tamponade des Uterovaginalkanals mit Jodoformgaze von der Uteruswunde aus. 2mal ist dieser Vorschlag bereits mit Erfolg ausgeführt worden, nämlich von Dohrn und van der Meij. Beide Operateure waren mit der erzielten Wirkung sehr zufrieden. Die Atonie beruht eben meiner Ansicht nach nicht so sehr auf der Schlauchkonstriktion, als vielmehr auf der raschen Entleerung des Uterus, durch welche der durch den Inhalt gegebene Reiz zu Kontraktionen plötzlich fortfällt. Geben wir dem Uterus wieder einen Inhalt, so ist der Anreiz zu Kontraktionen sofort wieder da.

Eben so wenig, wie Herr Veit, kann ich die Gefahr der physiologischen Eiterbildung der Lochien für die Wundheilung anerkennen. Döderlein und Winter haben gezeigt, dass der nicht sondirte und gesunde Uterus, Döderlein speciell, dass der normale puerperale Uterus keine Keime enthalten — und diese sind es doch, welche der Uteruswunde Gefahr bringen. Beiläufig will ich übrigens noch bemerken, dass die prophylaktische Jodoformgazetamponade bei der Sectio caesarea unter Umständen die deletären Wirkungen der Mikroorganismen aufzuheben vermag, indem sie die zersetzten Sekrete desinficirt und vermöge ihrer Drainagewirkung rasch nach außen befördert.

Herr Olshausen hebt die Schwierigkeit der relativen Indikation hervor; es muss in jedem einzelnen Fall die Berechtigung für diesen erwogen werden. Ganz besondere Schwierigkeiten bereitet die Entscheidung dann, wenn es fraglich ist, ob nicht schon Infektion erfolgt ist. Ein Beispiel hierfür hat Herr O. erst noch am heutigen Tage erlebt. Es wurde gestern eine Gravida mit mäßiger Beckenenge zur Anstalt gebracht, welche fieberte, ehe die Entwicklung des Kindes auf natürlichem Wege ausführbar erschien. Die Person war ledig; es wurde heute die Perforation des inzwischen wahrscheinlich abgestorbenen Kindes ausgeführt. Wäre sie verheirathet gewesen, so wäre die Vornahme der Sectio caesarea zur Rettung des Kindes wohl am Platze gewesen.

Bezüglich der Technik erklärt Herr O. sich wesentlich mit dem Herrn Vortr. einverstanden, besonders betreffs des Nahtmaterials. Auch Herr O. kann auf die Naht des Peritoneum keinen besonderen Werth legen. Ja, es ist fraglich, ob nicht durch eine sehr umständliche Peritonealnaht die Operation ungeeigneterweise verzögert wird, zumal mit Rücksicht auf die Konstriktion.

A. Martin hat im vorigen Jahre 2 Kaiserschnitte in dem Material seiner Anstalt zu verzeichnen; der eine von ihnen ist von Herrn Orthmann ausgeführt. Beide Male handelte es sich um relative Indikationen: ziemlich hochgradige Beckenenge, mehrfache Schwangerschaften ergaben trotz künstlicher Frühgeburt und fachwissenschaftlicher Hilfe todte Kinder. Beide Kaiserschnitte ergaben lebende Früchte; die Mütter verließen die Anstalt gesund.

Die Naht wurde mit fortlaufendem Katgutfaden ausgeführt, eine Mucosa- resp. Decidua-Etage, eine Muskel- und eine Serosa-Etage.

Bezüglich der Bemerkungen des Herrn Dührssen tritt A. M. für die Berechtigung des Herrn P. Ruge ein und hebt hervor, wie schwer es ist, ex post die den Operateur bei der Wahl des Verfahrens leitenden Gesichtspunkte zu kritisiren.

Herr Dührssen: Meine Herren! Anscheinend bin ich von Herrn Martin missverstanden worden. Ich habe durchaus nicht das richtige Indicium des Herrn P. Ruge angezweifelt, sondern ich habe nur meine Verwunderung darüber ausgesprochen, warum Herr Ruge die Operation, welche nach den von ihm genannten Beckenmaßen, also nach dem objektiven Befund, eine berechtigte schien, in seinem Vortrag gar nicht erwähnt hat. Der Zweck der Diskussion besteht doch darin, das behandelte Thema nach allen Seiten hin zu erschöpfen, und nach den objektiven Angaben des Herrn Vortr. kam doch neben der Perforation und dem Kaiserschnitt die prophylaktische Wendung ganz gewiss als gleichberechtigte Operation in Betracht. Um also zunächst für mich selbst eine Belehrung aus dem Fall zu schöpfen, habe ich diese Frage aufgeworfen. Wenn Herr Ruge sagt, »die Frau wollte absolut ein lebendes Kind und das konnte ich ihr mit Sicherheit nur durch den Kaiserschnitt verschaffen«, — so möchte ich dem gegenüber hervorheben, dass einem geübten Geburtshelfer, wie Herrn P. Ruge, die prophylaktische Wendung bei einer derartigen Beckenverengerung sicher keine größere Kindermortalität ergiebt, als der Kaiserschnitt, bei dem doch auch ein paar Procent der Kinder zu Grunde gehen. Ich habe kürzlich meine Fälle von Wendung und Extraktion bei plattem Becken zusammengestellt und gefunden, dass unter den 37 Fällen der Tod von 6 Kindern in keinem Fall dem engen Becken zur Last fiel, sondern 4mal dem Umstand, dass die Kinder schon asphyktisch waren, 1mal dem Umstand, dass die vom Praktikanten ausgeführte Wendung sehr lange Zeit in Anspruch nahm, und 1mal der Kombination von einem platten Becken von 8 cm Conj. vera mit einem sehr großen und harten Schädel. Wenn Herr Ruge mir soeben sagt, dass er bei der prophylaktischen Wendung eine viel größere Kindermortalität hat, als ich annehme, so kann das bei seiner Übung nur daran liegen, dass er zu spät zu den Fällen gerufen wurde. In diesem Fall, den er vom Geburtsbeginn an beobachten konnte, würde er sicher durch die im günstigen Moment ausgeführte Wendung ein lebendes Kind erzielt haben.

Übrigens gereicht es mir zur besonderen Freude, in der Diskussion das Wort ergriffen zu haben, weil ich auf diese Weise die für mich sehr interessante Thatsache herausgebracht habe, die Herr Ruge in seinem Vortrag ganz unerwähnt

gelassen, dass er von der prophylaktischen Jodoformgazetamponade Gebrauch gemacht und danach eine gute Kontraktion des Uterus und das Fehlen jeder atonischen Blutung konstatirt hat. Wenn ich auch diese Verhältnisse nicht mit Sicherheit der Tamponade zuschreiben kann, so beweist der Fall doch wenigstens so viel, dass der Uterus nach der Tamponade nicht etwa erst recht erschlafft und eine innere Blutung entsteht, wie das mehrfach behauptet worden ist.

Herr Paul Ruge: Ich möchte zunächst bemerken, dass die Schädelmaße des Kindes leider nicht notirt sind. Der Schädel des 3000 g schweren Knaben bot in seiner Form nichts Besonderes.

Wenn ich bei der Besprechung der Prognose des Kaiserschnittes darauf hinwies, dass, abgesehen von der als selbstverständlich vorausgesetzten Asepsis, doch noch andere Momente in Betracht kämen, die die Prognose ungünstig beeinflussen, so that ich dies, um möglichst den neuerdings hervortretenden Anschauungen entgegenzutreten, dass der Kaiserschnitt eigentlich keine gefahrvolle Operation sei. Die Atonie des Uterus ist eine Gefahr, die verhängnisvoll werden kann und die trotz der Tamponade des Uterus mit Jodoformgase vorläufig nicht zu gering angeschlagen werden darf.

Wegen der an mich gerichteten Frage, warum ich von vorn herein auf die sogenannte prophylaktische Wendung, mit anderen Worten auf die Entbindung auf dem natürlichen Wege verzichtet habe, möchte ich kurz Folgendes bemerken. Ich gebe zu, dass es möglich, aber keineswegs wahrscheinlich oder sogar sicher ist, dass durch die Wendung in einem solchen Falle ein lebendes Kind erzielt wird, während man bei dem Kaiserschnitt mit Sicherheit auf ein lebendes Kind rechnen kann. Trotz der allergrößten Übung kann bei der Wendung, zumal es sich um ein verengtes Becken handelt und allerlei Zufälle eintreten können, das Kind inter partum absterben; oder man wird, wie es bei der ersten Entbindung der Fall war, gezwungen, den Kopf anzubohren. Nun hatte ich Ihnen erzählt, dass die Pat., als sie zum ersten Male zu mir kam, nur den einen Wunsch und die eine Bitte hatte, ihr ein lebendes Kind zu verschaffen. Das ist aber in einem solchen Falle nur durch den Kaiserschnitt möglich. Was soll ich nun thun? Trotzdem ich den Kaiserschnitt für eine mit großen Gefahren verbundene Operation halte, entschied ich mich für den Kaiserschnitt, in der Überzeugung, dass jeder Sachverständige die bedingte Indikation zum Kaiserschnitt anerkennen wird bei einer Anamnese, wie ich sie Ihnen gegeben und bei Beckenverhältnissen, wie sie hier vorlagen.

---

4) **Vedeler** (Christiania). Über Hämatometra.

(Verhandlungen der norweg. med. Gesellschaft.)

(Norsk. Mag. f. Lägevid. Jahrg. 50. 4 Raekke. Bd. IV. 1889. No. 4. p. 18—25.)

Verf. theilt einen Fall mit von Hämatometra bei einem 17jährigen Mädchen, durch Atresia hymenalis verursacht. Es wurde ein Stück aus dem Hymen herausgeschnitten. Das Blut entleerte sich in kräftigem Strahl (in Allem 3 Liter). Nachspülung mit 1%iger Karbollösung. Schnelle Heilung. — Während diese Pat. keine Schmerzen zur Zeit der Regel weder vor noch nach der Operation verspürte, beobachtete V. einen anderen Fall von Hämatometra, wo die vor der Operation zeitweise auftretenden Schmerzen nach der Operation als Dysmenorrhoe fortdauerten, und V. sieht hierin einen Beweis gegen die mechanische Dysmenorrhoe, deren Existenz V., wie bekannt, völlig leugnet. **Leopold Meyer** (Kopenhagen).

5) **J. Berg** (Stockholm). Fall von Ureterstein bei einer Frau.

(Verhandl. der schwed. med. Gesellschaft.)

(Hygiea Bd. LI. 1889. No. 7. p. 144—148.)

Nach einer sehr energischen Bantingkur vor 15 Jahren fing Pat. an, an Harnsteinen zu leiden, und neulich waren 15—20 kleine Steine spontan entleert worden. Nach vorübergehender Erleichterung stellten sich wieder sehr heftige Harnbeschwerden ein. Mit der Sonde ließ sich ein Stein in der Blase nachweisen. Nach

Erweiterung der Harnröhre zeigte sich der Stein in dem rechten Harnleiter fest eingekeilt, nur die Spitze ragte zungenförmig in die Blase hinein. Der Stein ließ sich mit einer Zange nicht festhalten; es wurde desshalb ein Schnitt durch die Blasenscheidewand gelegt und jetzt der Stein mit einem kleinen Löffel schwierig extrahirt. Vernähung der Schnittwunde. Heilung p. p. — Verf. spricht sich gegen die Vornahme der Sectio alta bei Frauen aus.

Leopold Meyer (Kopenhagen).

6) **Bernhard von Beck** (Freiburg i/B.). **Die osteoplastische Resektion des Kreuzsteißbeines zur Freilegung der inneren weiblichen Sexualorgane behufs Totalexstirpation des Uterus bei Carcinom und anderer operativer Eingriffe.**

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVIII. Hft. 1.)

Der Vorschlag, die Kraske'sche sacrale Methode der Mastdarmcarcinomexstirpation als Voroperation zur Entfernung des Uterus oder überhaupt zur topographischen Bloßlegung der weiblichen inneren Geschlechtsorgane und nachfolgenden operativen Eingriffen an denselben zu benutzen, ist von Hochenegg in Wien ausgegangen. Während Hochenegg im Verein mit Herzfeld die Operation an der Leiche praktisch prüften, hat Hegar zuerst die Operation an der Lebenden klinisch ausgeführt. Bis zur Veröffentlichung vorliegenden Auszugs aus des Verf.s Inaugural-Dissertation hat Hegar 7 Fälle operirt, von denen 3 Wiedow in der Berliner klin. Wochenschrift XXVI, 10, den vierten der Verf. in der Münchener med. Wochenschrift 1889, 14 veröffentlicht hat. Die Indikationen waren 4mal Carcinoma uteri, je einmal ein peri- und parametritischer Abscess, ein doppelseitiger Pyosalpinx und endlich ein fibröser Knoten im Douglas mit neurotischen Erscheinungen. Der letzte Fall ist besonders interessant. Bei einer Pat. ließen neuralgische Schmerzen in der Ovarialgegend trotz Exstirpation der cystischen Eierstöcke und der Tuben nicht nach. Besonders war eine Stelle schmerzhaft. Hier wurde ein härtlicher Knoten im Douglas nachgewiesen und nach sacraler Voroperation excidirt. Der Erfolg war glänzend, die Schmerzen hörten sofort auf und sind nicht wieder eingetreten. Von besonderer Bedeutung für die Herzfeld'sche Methode ist ihre Modifikation durch Hegar, durch welche die Pat. von ihrem Kreuzbein nichts verliert und wo gleich nach der Operation die Reposition des getrennten Knochens stattfindet. Diese Modifikation hat Hegar gleich nach dem ersten Falle angewandt — der Heilungsprocess war hier ein sehr langsamer und die durch den Kreuzbeindefekt hervorgerufene große Wundfläche granulirte nur allmählich zu, um schließlich eine eiternde Fistel zu hinterlassen; er nimmt daher nur eine temporäre oder osteoplastische Resektion des Kreuzbeins vor, in der Weise, dass er nach stumpfer Ablösung des Mastdarms von der vorderen Kreuzbeinfläche in der Kreuzbeinhöhlung eine Kettensäge zwischen 3. und 4. Kreuzbeinloch hindurchführt. Nach Durchsägung des Kreuzbeins senkrecht zu seiner Achse unter Erhaltung des seine Hinterfläche überziehenden Periosts klappt er die durchsägte Partie nach auf- und dorsalwärts um. Das Kreuzbein bleibt mit dem Hautlappen in Verbindung und wird nach der Operation mit demselben in seine Lage zurückgebracht, während die Hautwunde durch einige Nähte verkleinert wird. Dieser so modificirten sacralen Methode weist Verf. einen hervorragenden Platz an unter den gynäkologischen und chirurgischen Operationen; zugleich giebt er ihr den Vorzug vor den Operationsverfahren von Wölffler und E. Zuckerkandl (parasacrale und pararectale Schnittführung mit Schonung des Kreuzsteißbeins) und dem von O. Zuckerkandl (perinealer Lappenschnitt), welche beide in der Hegar'schen Klinik mehrere Male an der Leiche geprüft worden sind. Der sacralen Methode, in geeigneten Fällen angewandt, schreibt Verf. folgende Vorzüge zu: Es fällt die weite Eröffnung der Peritonealhöhle von den Bauchdecken aus fort und damit die große Gefahr der Infektion des Bauchraumes. Die eigentliche Exstirpation des Uterus erfolgt völlig extraperitoneal. Die Übersicht dessen, was operativ anzugreifen ist, ist klarer als bei vaginaler Operation. Jede Blutung kann sofort entdeckt und durch Umstechung gestillt werden. Jeder Schnitt wird unter Kontrolle nicht nur

des Gefühls, sondern auch des Gesichts gemacht, so werden Zufälle, wie Unterbindung der Ureteren, Anschneiden der Blase, unmöglich.

K. Ruhemann (Berlin).

7) P. **Bröse** (Berlin). **Über einige Anwendungsweisen des faradischen Stromes in der Gynäkologie.**

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 51.)

8) v. **Herff** (Halle a/S.). **Über Todesursachen nach Laparotomie.**

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 50.)

Beide Aufsätze sind eine Wiedergabe auf der Heidelberger Naturforscherversammlung gehaltener Vorträge. Referate finden sich bereits in dem Bericht über letztere (Centralbl. f. Gynäkol. 1889. No. 42). **Graefe** (Halle a/S.).

9) **A. Kruse** (Greifswald). **Über Hydramnion bei eineiigen Zwillingen.**

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 5.)

41jährige, im 6. Monat schwangere VIIpara war vor 4 Wochen gefallen. Vom 20. Juni plötzliche Zunahme des Leibes, Athemnoth, Schmerzen im Unterleib. In der Greifswalder geburtshilflichen Klinik Diagnose auf Zwillingsschwangerschaft, Hydramnion des einen Zwillings gestellt. Erfolgloser Versuch der Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Einlegen eines elastischen Katheters. Nach Eihautstich schnelle Geburt. Fruchtwassermenge 7 Liter.

Bei der Autopsie der Zwillinge fanden sich keine der sonst bei einzelnen Fällen beschriebenen pathologischen Veränderungen, insbesondere keine Plethora des einen, keine Anämie des anderen Fötus. Zwischen den beiden Placenten bestanden weite Anastomosen. Dieser Befund schließt die Theorie Schatz' aus, dass eine Asymmetrie des (von ihm so bezeichneten) dritten Kreislaufs, der in der Placenta in dem Grenzbezirk zwischen den Antheilen der einzelnen Föten bestehenden neutralen Zone, in welcher das Blut aus den Arterien des Fötus I durch die Zottenkapillaren in die Venen des Fötus II übertritt und umgekehrt, Verschiedenheit der Entwicklung der Zwillinge und Hydramnion des Bevorzugten bedinge. K. nimmt vielmehr an, dass in seinem Fall die verschieden große Placentarfläche den Unterschied in der Größe der Zwillinge verursacht habe, es sich also um eine durch die erste Anlage herbeigeführte Differenz handle.

Die Blase des größeren Fötus war stark durch Urin dilatirt, desgleichen die Nierenbecken und die geschlängelten Ureteren. Diesen Befund deutet Verf. als Folge mechanischer Behinderung der Urinentleerung. Da in den Harnwegen selbst ein Hindernis nicht bestand, so sucht er dasselbe in dem hohen Druck der Flüssigkeit im Amnion. Also nicht die Nieren haben zu viel Harn bereitet, dessen Entleerung in den Fruchtsack das Hydramnion verursacht. Letzteres war vielmehr das Primäre, die mangelhafte Harnentleerung das Sekundäre.

Graefe (Halle a/S.).

10) **A. Kramer** (Berlin). **Zur Kasuistik der Teratome des Ovariums.**

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVIII. Hft. 1.)

Aus der Olshausen'schen Klinik liefert uns K. einen schätzenswerthen kleinen Beitrag zur Kasuistik der sehr seltenen Teratome des Ovariums. Es handelt sich um die Erkrankung einer 20jährigen Nullipara, deren klinischer Verlauf als Carcinose des Ovariums mit Metastasen im Peritoneum imponiren konnte. Der primäre Tumor, der sich als Teratom des rechten Eierstocks erwies, ist von Keller (obige Zeitschrift Bd. XVI, 1) eingehend beschrieben. Mikroskopisch zeigten sich die metastatischen Tumoren nach der Obduktion von derselben malignen Form und werden von K. als sarkomatös gehalten. Nach einem 17tägigen reaktionslosen Heilungsprocess hatte sich im Abdomen wieder Ascites angesammelt, der innerhalb der 11monatlichen Frist von der Operation bis zum letalen Ausgang eine 9malige Punktion nöthig machte, bei der etwa 70 Liter Flüssigkeit entleert wurden.

K. Ruhemann (Berlin).

11) **J. Pomorski** (Berlin). **Endothelioma ovarii.**

12) **Desiderius v. Velits** (Budapest). **Endothelioma cysticum myxomatodes ovarii.**

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVIII. Hft. 1.)

Nach den Untersuchungen von Kolaczek sind Endotheliome (Angiosarkome) maligne Geschwülste, die weder zu den Carcinomen, noch Sarkomen gerechnet werden können und sich aus den Wänden der Kapillaren entwickelt haben. Solch ein Tumor am Ovarium ist zuerst von Leopold, später von Marchand, Flaischlen, Olshausen-Ackermann und Eckardt beobachtet und beschrieben worden. Mit den beiden vorliegenden Fällen sind im Ganzen 8 Geschwülste beschrieben, die durch Wucherung des Endothels entstanden sind; sie haben meist nur eine dünne, seröse Kapsel, höckerige, unebene Oberfläche, lamellöse Struktur und markartige Konsistenz. Dreimal wird cystöse Beschaffenheit erwähnt.

Der Fall von P. aus der Martin'schen Klinik betrifft eine 49jährige Pat., bei der vor $1^1/_4$ Jahr Menopause eingetreten war, und die seit längerer Zeit über Beschwerden der rechten Seite klagte. Es wurde ein rechtsseitiger Ovarialtumor angenommen, der, mit dem Netz und Darm zum Theil verwachsen, unter Schwierigkeiten per laparotomiam entfernt wurde. 3 Tage nach der Operation starb die Pat. an eitriger Peritonitis. P. hielt den Tumor zuerst für ein carcinomatös degenerirtes Dermoid, nach wiederholter Untersuchung fand er jedoch ein Gewebe, das allerdings carcinomatöse Struktur besitzt, aber auch sarkomatösen Charakter trägt; nach seiner genaueren mikroskopischen Beschaffenheit möchte er den Tumor im Anschluss an seine Entwicklung als »Endothelioma lymphaticum« bezeichnen.

D. v. V. theilt einen ähnlichen Fall aus der Universitätsfrauenklinik von Prof. Tauffer in Budapest mit. Hier handelte es sich um eine 24jährige Virgo, welche die Entstehung des Tumors auf das 15. Lebensjahr zurückführt. Der über mannskopfgroße Tumor gehörte dem linken Ovarium an, war mit der Bauchwand und den Nachbarorganen fest verwachsen, so dass die erschöpfte Kranke die durch die Loslösung komplicirte Operation nicht überlebte. Die mikroskopische Untersuchung, über deren Einzelheiten wir auf das Original verweisen, ergab eine myxomatös-cystisch entartete Geschwulst, deren Eigenschaften für Angiosarkom charakteristisch sind. **K. Ruhemann** (Berlin).

13) **Gustav Klein** (Würzburg). **Cyste des rechten Wolff'schen Ganges.**

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVIII. Hft. 1.)

Bei der Obduktion eines intra-partum abgestorbenen normal entwickelten Mädchens fand K. eine Anschwellung der rechten Kante des Uterus, auf welche die rechte Tube überging. Der Uterus erschien hierdurch sattelförmig; bei genauer Untersuchung zeigte sich, dass der Uterus 3 Höhlen hatte; zwei wurden gebildet von zwei durch eine dünne Scheidewand getrennte Uteri und Vaginen; der dritte Kanal verläuft geschlängelt unterhalb des Fundus beginnend in der rechten Wand des Uterus bis unterhalb des äußeren Muttermundes. Während die beiden ersten Höhlen das gewöhnliche Aussehen haben wie der Uterus von Neugeborenen, setzt sich der dritte Hohlraum aus mehreren kleinen, mit einander kommunicirenden Buchten zusammen. K. deutet ihn als einen in der rechten Längsachse des Uterus verlaufenden, zum Theil cystisch erweiterten rechten Wolff'schen Gang. Sein Verlauf innerhalb des Uterus schließt seine Angehörigkeit zum Ovarium oder Parovarium aus. Für die Richtigkeit der Diagnose spricht das Vorhandensein zweier Uteri und Vaginen, also nicht verschmolzener Müller'scher Gänge.

K. Ruhemann (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

JUL 16 1890

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 27. **Sonnabend, den 5. Juli.** **1890.**

Inhalt: I. **M. Sänger**, Zur Radikaloperation großer, nicht eingeklemmter Nabelbrüche. — II. **E. Noeggerath**, Behandlung mit dem konstanten Strome in der Gynäkologie. (Original-Mittheilungen.)

1) **Fehling**, Physiologie und Pathologie des Wochenbettes. — 2) **Temesváry**, Elektrolyse. II. — 3) **Heustis**, Blasenscheidenfistel. — 4) **M'Mordi**, Elektrolyse. — 5) **Linhart**, Salicylsäure und Uterus. — 6) **Guzzoni**, Prolapsoperation. — 7) **Retterer**, Kloakenscheidewand. — 8) **Misrachi**, Koffein.

9) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Leipzig. — 10) Pariser Société de Biologie. — 11) **Löhlein**, Carcinoma recti als Geburtshindernis. — 12) **Pichevin**, Kastration. — 13) **Baldy**, Extra-uterin-Schwangerschaft. — 14) **Moravcsik**, Hysterie. — 15) **Jones**, Uramie. — 16) **Miller**, Gebärmutterblutung. — 17) **Renoy**, Lebercysten. — 18) **Smith**, Ödematöser Fötus.

I. Zur Radikaloperation grofser, nicht eingeklemmter Nabelbrüche.

Von

M. Sänger (Leipzig).

(Vortrag in der Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig vom Oktober 1889.)

Obwohl große Nabelbrüche den damit Behafteten arge Beschwerden verursachen und ihre Einklemmung ganz besonders gefürchtet wird, so ist doch ihre Radikaloperation im Vergleiche zu derjenigen von Leisten- und Schenkelbrüchen bisher nur in wenig Fällen geübt worden. Es ist dies nicht bloß aus den älteren Statistiken von Leisrink, B. Schmidt, Anderegg ersichtlich, sondern auch aus neueren Einzelstatistiken (v. Bergmann'sche Klinik; 57 freie Hernien, darunter 3 Abdominalhernien, keine Nabelhernie, nach S. Adler, Berliner Inaug.-Diss. 1889. — Berliner Augustahospital; 50 Fälle, darunter 1 Nabelhernie, nach Arn. Wolf, Berliner Inaug.-Diss. 1889). Mein Assistent, Herr Dr. Lehmann, hat aus der ihm zugänglichen

Litteratur seit 1879 nur 27 Fälle zusammenstellen können mit einem Todesfall. Die Operateure waren Czerny (2 Fälle), Schede, Baum (2 Fälle), Socin (2 Fälle), Billroth, Burkhardt, Maas, Hahn, v. Bergmann (3 Fälle), Meinert, Lauenstein, Küster, Reverdin, Terrier (3 Fälle), Weir-Mitchell und Banks, Barker (3 Fälle).

Unter den operirten Fällen betraf eine ziemliche Anzahl kleinere Brüche. Von dem Gegenstand gewidmeten Arbeiten mögen besonders erwähnt werden die von de Mestral (1881, Socin'sche Klinik, mit Vorgeschichte der Operation), Burkhardt (Stuttgart), Hoffa (Maas'sche Klinik, Münchener med. Wochenschrift 1887), König (Lehrbuch, mit der Angabe, dass auch Lawson Tait schon seit Langem die Beseitigung nicht eingeklemmter Nabel- und Bauchhernien Erwachsener durch die Operation forderte); Lauenstein (Hamburger Festschrift 1889); Barker (Brit. med. journ. 1885, 1101 und 1302); Terrier (Revue de chir. 1888, No. 12) etc. etc.

Nur ganz ausnahmsweise bietet die Operation so große Schwierigkeiten, wie in dem schönen Falle von Burkhardt, wo die Freimachung des Bruchinhaltes fast 4 Stunden erforderte. Die Anatomie der Nabelbrüche ist ungleich einfacher, als die der Leisten- und Schenkelbrüche; bei der Operation liegt Alles bequem und frei zu Tage; die technische Aufgabe der Befreiung des Bruchsackinhaltes, der Resektion des Bruchsackes sammt Hautbeutel, des Verschlusses der Bruchpforte ist, den besonders von Czerny für die Leistenhernien ausgebildeten Regeln folgend, ein Eingriff, welcher meist nicht viel mehr bedeutet, als eine diagnostische Laparotomie. Das überwiegend häufige Vorkommen der Nabelhernien bei Frauen hätte daher, wie man denken sollte, auch den operirenden Gynäkologen bisher öfters beschäftigen sollen. Doch ist dies nicht der Fall. Chrobak (Internat. klin. Rundschau 1887), welcher nach Maydl die Diastase der Bauchwand, besonders nach Laparotomien, durch Resektion des Hautsackes, Vernähung der bei Seite gewichenen Musculi recti sammt aponeurotischer Scheide (selbst mit Eröffnung des Peritoneum, um letztere bequemer ablösen zu können), operativ beseitigte, erwähnt dabei nicht die Radikaloperation der Nabelhernien. Und doch verhalten sich diese bei Erwachsenen der Diastasis lineae albae sehr ähnlich, unterscheiden sich von ihnen eigentlich nur dadurch, dass die Eingeweide durch einen scharfrandigen Bruchring heraustreten, welcher aber, wie bekannt, nur ausnahmsweise dem Nabelring selbst entspricht, vielmehr meist oberhalb des letzteren, so wie des Hautnabels von den Rändern der aus einander gewichenen Aponeurosen gebildet wird. Der scharfrandige Bruchring ist daher auch das Unterscheidungsmerkmal der Bauchhernien, welche an anderen Stellen, als dem Nabel, heraustreten.

Allerdings ist die Zahl der Recidive keine geringe. Unter den erwähnten 27 Fällen traten solche in 7 Fällen ein, 1mal sogar erst nach 18 Monaten. Für einzelne derselben lassen sich wohl Mängel

der Technik und Nachbehandlung verantwortlich machen, für andere bleibt aber die Unzulänglichkeit der bisherigen, auch besten Verfahren bestehen. Unter allen Umständen lässt sich erst nach der Operation die Bandagenbehandlung überhaupt durchführen, kann ein vorher nicht reponibler Bruch, wenn Recidiv eintreten sollte, zurückgebracht und zurückgehalten werden. Schließlich wird man für viele Fälle einfach keine Wahl haben: man wird sie operiren müssen, da die ganzen Verhältnisse dazu drängen und die Leistungsfähigkeit der Technik sich immerhin so hoch entwickelt hat, dass eine Dauerheilung nicht ausgeschlossen ist.

So dürften sich denn folgende Indikationen für die Radikaloperation aufstellen lassen:

1) Kleinere Nabelhernien sollten operirt werden, wenn sie ein oder mehrere Male zu theilweiser oder vollständiger Einklemmung geführt haben, wenn ihre Zurückhaltung Schwierigkeiten macht[1], wenn im Bereiche des Bruches und ausgehend von ihm heftige Schmerzen oder sonstige, Arbeitsfähigkeit und Lebensgenuss störende Beschwerden bestehen.

2) Größere, nur theilweise oder gar nicht reponible Nabelbrüche sollten operirt werden, wenn sie sich stetig vergrößern, wenn sie häufiger Symptome von Störungen der Darmbewegung mit ihren Folgen darbieten (Flatulenz, Obstipation, Cardialgie, Erbrechen, Ikterus etc.), wenn sie daher vollständige Einklemmung befürchten lassen oder solcher bereits unterlegen haben, wenn sich bei den meist sehr fettleibigen Trägerinnen Intertrigo, Geschwüre der Haut ausbilden und diese zu bedrohlicher Dünne gedehnt wird, wenn endlich die Pat. außerdem durch das Bruchleiden erheblich belästigt, in ihrer freien Bewegung, in ihrer Arbeitsfähigkeit behindert werden.

Es ist merkwürdig, wie wenig man herniologischen Mittheilungen in der gynäkologischen Litteratur begegnet. Und doch könnten betreffende Notizen manches Lehrreiche bieten. So beobachtete ich in letzter Zeit 2 Fälle, deren kurze Schilderung an dieser Stelle von Interesse sein dürfte.

1) Bei einem Falle von mannskopfgroßem, zum Theil in das rechte Lig. latum hineingewachsenen Myoma corpus uteri hatte sich etwa im Laufe eines Jahres eine rechtsseitige gänseeigroße Schenkelhernie entwickelt. Bei der Myomektomie ließ sich der weithalsige Bruchsack vom Peritoneum parietale in der Umgebung des

---

[1] Nabelbruchbänder wende ich seit langer Zeit nicht mehr an, auch nicht in Gestalt von Bandagen mit Pelotten, da letztere fast nie den Bruchring wirklich verschließen. In gleichem Sinne äußern sich B. Schmidt und Woltzendorf. Für kleinere, überhaupt für reponible Brüche ist das Einfachste und Beste ein Kork-Watte-Heftpflasterverband (Roser, Hahn), den die Pat. oder Jemand von ihren Angehörigen anzulegen leicht lernen kann, und darüber eine straffe Leibbinde. Die sehr verbreiteten, in der Mittellinie verschnürten Teuffel'schen Leibbinden eignen sich hierzu nicht. Bei irreponiblen Brüchen hat eine konvexe Pelotte erst recht keinen Sinn. Hier muss eine ad hoc angefertigte Leibbinde mit einem zur Aufnahme des Bruches bestimmten Sack aushelfen. Die Dr. Haanen'schen Fächerbinden, welche den Heftpflasterverband sonst sehr fest stützen würden, bewähren sich leider nicht gut: die federnden Stäbe bewirken schmerzhaften Druck und spießen sich beim Sitzen und Bücken förmlich in die Haut ein.

Bruchringes her leicht nach innen ziehen. Der Stumpf wurde extraperitoneal behandelt: die Vernähung des hochgezogenen Peritoneum parietale mit dem letzteren, im Verein mit der Wegnahme der offenbar an der Ausweitung des Leistenkanals mitschuldigen Geschwulst genügte zur Radikalheilung des Bruches, ohne dass die Bruchpforte für sich geschlossen worden wäre.

In solch günstiger Lage den Bruchsack nach innen hereinziehen und durch bloße Anspannung zum Schwinden bringen zu können, befindet man sich leider nur bei einer Laparotomie.

2) 44jährige Frau. 2 Querfinger oberhalb des rechten Lig. Poup. parallel diesem, zwischen äußerem Rand des M. rectus und der Spina il. a. s. eine derbe Geschwulst von Gänseeigröße, in den letzten Wochen rasch gewachsen. Die klassischen Zeichen einer Hernie fehlen vollständig. Diagnose gestellt auf ein Desmoid der Bauchwand. Bei der Operation stellte es sich heraus, dass es sich um eine Hernia properitonealis (Krönlein) handelte. Dem prall mit Bruchwasser gefüllten Bruchsack, in dessen Hals lediglich ein angeschwollener Appendix epiploicus eingeklemmt war, saß ein walnussgroßes subseröses Lipom auf. Der Bruch, eigentlich ein äußerer Leistenbruch, hatte sich nicht, wie gewöhnlich, durch den Leistenkanal gegen die Symphyse hin vorbewegt, sondern war properitoneal gerade umgekehrt nach der Spina ilei zu gewachsen.

Was nun meine eigenen Erfahrungen über die Radikaloperation der Nabelbrüche anbelangt, so habe ich bei mehreren Laparotomien Gelegenheit gehabt, nebenbei kleinere Nabelbrüche mit zu beseitigen. Ich verfuhr dabei folgendermaßen: Nabel und Nabelring wurden durch den Bauchschnitt halbirt, dann das Gewebe der Aponeurosen beiderseits durch einen etwa 1 cm tiefen, dem Bauchfell parallelen Schnitt in zwei Lager gespalten (s. Fig. 1 *a b* und *c d*)

Fig. 1.

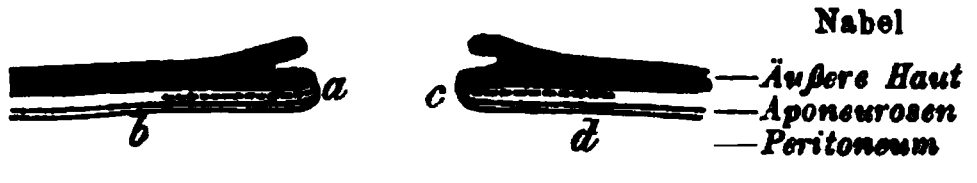
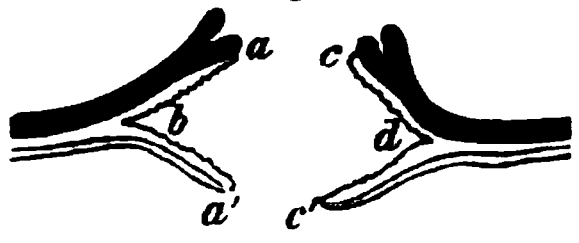


Fig. 2.



und die dadurch an Stelle des sehnigen gefäßarmen Nabelgewebes gewonnenen breiten Wundflächen (s. Fig. 2 *ab'a* und *cdc'*) durch eng gelegte Seidennähte geschlossen. Ich empfing die Anregung zu diesem Verfahren durch eine kurze Notiz in dem von mir mit veröffentlichten Briefe Lawson Tait's in Sachen der Lappenspaltung, worin beiläufig erwähnt ist, dass er letztere auch auf die Radikaloperation von Hernien ausgedehnt habe (Centralbl. f. Gynäkol. 1888 p. 768). Auch sonst habe ich bei dünnen Bauchdecken öfters von diesem Dédoublement derselben mit Vortheil Gebrauch gemacht.

Bei großen Nabelbrüchen habe ich in 3 Fällen die Radikaloperation ausgeführt, deren Krankengeschichten ich hier folgen lasse.

I. Frau N., Ingenieursgattin, 48 Jahre alt, hat 3mal geboren und 2mal abortirt. Leidet seit 15 Jahren an einem Nabelbruch, der sich langsam vergrößerte. Trug früher Bänder und Bandagen, die sie seit längerer Zeit, weil nur belästigend, ganz fortließ. In den letzten 15 Monaten habe sich der Bruch 3mal eingeklemmt, jedes Mal unter heftigem, galligem Erbrechen; 2mal sei es ihr selbst gelungen, die Einklemmung durch theilweises Hineindrücken des Bruches zu beheben; das 3. Mal wurde durch einen Arzt die Taxis geübt. Pat. klagt über lebhafte Schmerzen innerhalb der Bruchgeschwulst selbst, über Behinderung beim Gehen und Arbeiten, über Wundsein der Haut, so dass ihr sogar das Tragen der Kleider beständiges Unbehagen verursache. Vor Allem wünschte sie selbst von dem Bruche

befreit zu werden aus Furcht vor abermaliger Einklemmung. — Pat. ist eine mittelgroße, sonst gesunde Frau mit starkem Panniculus adiposus. Oberhalb des etwas in die Quere gezogenen Nabels sitzt in der Größe einer doppelten Mannsfaust, sackartig nach abwärts hängend, die Bruchgeschwulst. Die bedeckende Haut ist sehr dünn, stellenweise bräunlich verfärbt und weist an der unteren, der Bauch- und anfliegenden Seite der Bruchgeschwulst ausgedehnten Intertrigo auf. Perkussion in deren ganzem Bereiche leer. Als Bruchinhalt ist in charakteristischer Weise derbes Netz durchzutasten. Eine nennenswerthe Verkleinerung konnte auch nach mehrtägigem Liegen durch die Taxis nicht erzielt werden.

Operation (13. September 1888) unter denselben Vorbereitungen, wie zu einer Laparotomie. Vorsichtige Spaltung der Haut nach Erhebung einer Falte am oberen Geschwulstumfange, Durchtrennung der verdünnten Aponeurosen, der Fascia transversa und des Peritoneum, erst in geringer Länge. Eingehen mit dem Finger, welcher konstatirte, dass, wenigstens auf der Höhe der Bruchgeschwulst, keinerlei Verwachsung bestand. Der Bruchring konnte zunächst nicht erreicht werden. Der Bruchsack enthielt lediglich sehr fettreiches Netz von derber Konsistenz. Nach vollständiger Spaltung des Haut- und Bruchsackes Abtragung der hypertrophischen Netzmassen (Gewicht 500 g). Nach Versenkung der besonders sorgfältig ligirten Netzstümpfe in die Bauchhöhle lag der Bruchring in der Größe eines Zweimarkstückes frei zu Tage. Einlegung eines kleinen Schwammes in die Bauchhöhle. Lospräparirung und Abtragung des Bruchsackes bis zum Bruchring. Einkerbung des letzteren nach 4 Richtungen und Verschluss desselben durch 5 starke, versenkte Seidennähte. Eine zweite Reihe solcher eliminirte einen tiefen, von Netz ausgefüllt gewesenen Recessus oberhalb des Bruchringes. Nun vollständige Abtragung des fettarmen Hautbeutels und Schluss der Bauchwunde durch tiefe (die Aponeurose mitfassende) und oberflächliche Seidenknopfnähte. — Jodoformgaze-Heftpflasterverband.

Die Heilung erfolgte ohne Reaktion. Höchste Temperatur 37,6; höchster Puls 84.

3 Wochen p. op. wurde Pat. mit fester Bauchnarbe entlassen. Als ich sie ½ Jahr später wieder sah, war Alles in bester Ordnung. Leider starb die Pat. 13 Monate nach der Operation rasch an Pneumonie. Ein Recidiv war nicht eingetreten.

II. Frau B., Kaufmannsgattin, 44 Jahre alt. 5 Entbindungen, letzte vor 7 Jahren. Allmähliche Ausbildung des jetzigen, wohl die Hälfte der Darmschlingen bergenden, enormen Nabelbruches seit der 1. Entbindung vor 14 Jahren. Bis vor etwa 4 Jahren konnte der Bruch im Liegen noch zurückgebracht werden, dann nicht mehr. Von da an rasche Größenzunahme, da auch keine Bandage mehr getragen wurde, und steigernde Beschwerden, bestehend in Schmerzen, häufiger Übelkeit und Flatulenz nebst den Folgen hochgradiger Fettsucht, die mangels körperlicher Bewegung sich allmählich ausgebildet hatte. — Der bis auf die Oberschenkel herabhängende Bruch ist über mannskopfgroß, seine Basis so umfänglich, dass sie sich von den Fingern zweier Hände nicht umspannen lässt. Durch die äußerst dünne, bräunlich pigmentirte Haut erkennt man zahlreiche Darmschlingen; im Bereiche fast des ganzen Bruches besteht tympanitischer Schall. Durch Taxis lässt sich die Geschwulst nicht verkleinern. Nach 3wöchentlichem Bettliegen zeigte sie nur eine geringe Abnahme (s. Fig. 3).

Fig. 3.

Operation (23. September 1889). Kleiner, sogleich den Bruchsack eröffnender Schnitt in Höhe der Geschwulst. Zu beiden Seiten desselben stieß man alsbald auf ein Gewirr fibröser Bänder und Stränge, welche, gleichsam Bruchringe zweiter Ordnung darstellend, nichts Anderes waren, als arkadenähnliche Parties der Aponeurose, durch welche die Bruchcontenta buckelartige Höhlen bis unter die Haut vorgetrieben hatten. In diesen haustraähnlichen Ausbuchtungen lagen wirr durch einander Darmschlingen (Ileum, Jejunum und ein Stück des Colon descendens) und hypertrophische, vielfach gedrehte und durchlöcherte Netzmassen, welche breit adhärirten, während der Darm nirgends angewachsen war. Nach Spaltung des ganzen Bruchsackes (Länge ca. 20 cm) wurde das Netz partienweise gelöst und resecirt, was ziemlich lange dauerte, doch wenig Blut kostete. — Mit einem Male drangen unter Würgbewegungen fast die ganzen Darmschlingen heraus; ihre Reposition gelang indess überraschend leicht unter kräftigem Hochsiehen der Bruchwände durch stückweises methodisches Hineinschieben dicht am Bruchringe. Ein Wiederheraustreten wurde durch eine aufgelegte Mullserviette verhindert. Nun breite Anfrischung des derbrandigen Bruchringes (Durchmesser 8 cm) mittels Schere und Verschluss durch 7 starke, das Peritoneum mitfassende versenkte Seidennähte und Abtragung des Bruchsackes mitsammt dem Hautbeutel. Von innen betrachtet erinnerte derselbe mit seinen radiären, napfartigen Vertiefungen an die bekannte Eierschüssel des Hildesheimer Silberfundes (s. Fig. 4.

Fig. 4.

„Haustra" des Bruchbeutels, von innen gesehen.

Die breite und tiefe Wunde wurde durch 2 Reihen von Knopfnähten, so wie durch mehrere (vorher durch das Peritoneum durchgeführte) Entspannungsnähte (Seide, im Ganzen 38 Hefte) geschlossen. Jodoformgaze-Heftpflasterverband.

Das Gewicht des resecirten Netzes betrug 500 g, das des Bruchbeutels 300 g.

Verlauf ganz glatt. In den ersten Tagen Temperatur bis 38,4, dann normal. Puls nie über 90. Entlassung nach $3^1/_2$ Wochen mit fester Leibbinde, in welche für den Bereich der Narbe eine filzgepolsterte Lederplatte eingesetzt war. — Bis Mai 1890 keine Spur eines Recidivs.

Kürzlich habe ich einen III. Fall zu operiren Gelegenheit gehabt, welcher eine wichtige Besonderheit darbot. 33jährige, sehr beleibte Frau, stellte sich am 2. Oktober 1889, 4 Monate nach ihrer zweiten und letzten Entbindung, zum ersten Male vor. Hernia umbilicalis omentalis irreponibilis vom Umfang eines

Fünfmarkstückes, deren Entstehung Pat. auf ihre erste vor 5/4 Jahren stattgehabte Entbindung zurückführte. Dünnwandiger, braun pigmentirter Bruchsack, an dessen oberem Rande die breit gezogene Nabelnarbe saß. Es bestanden lebhafte spontane Schmerzen im Bruche selbst, so wie oberhalb desselben. Bei Taxisversuchen entstanden heftige Schmerzen im Rücken und Kreuz. Zunächst Heftpflasterverband, welcher keine Erleichterung brachte, was sich in der Folge aufklärte. In der Rückenlage nämlich bemerkte man nur die beschriebene, kleinapfelgroße Bruchgeschwulst, so wie sich aber Pat. hinkniete — sie war es selbst, die mich zuerst darauf aufmerksam machte — trat oberhalb des Hautnabels eine zweite, querovale, dreimal so große Bruchgeschwulst hervor, deren Kontouren aber nur nach unten zu deutlich waren.

Operation am 4. Juni 1890. Spaltung des unteren Bruches, Resektion der darin frei liegenden hypertrophischen Netzkugel. Spaltung des fingerweiten Bruchringes und Reposition der Netzstümpfe. Nun zeigte sich, dass eine andere, nahezu faustgroße, dünngestielte Netzmasse sich innerhalb des properitonealen Bindegewebes oberhalb des Nabelringes ein tiefes Bett gegraben hatte mit zahlreichen Haustris und inniger Verfilzung mit wirren Gewebssträngen. Befreiung und Reposition des Netzes, Schluss der Bruchpforte, Resektion der Bruchbeutel und völliger Schluss der Wunde durch mehrere Reihen versenkter Seidennähte! Fieberlose Heilung.

Es handelte sich demnach hier um einen Doppelbruch: oberhalb des typischen Nabelbruches saß ein zweiter davon unabhängiger properitonealer Netzbruch mit eigenem Stiel. Derselbe konnte bei unvollkommener Untersuchung, ja noch bei der Operation sehr leicht übersehen werden, wesshalb auf ein derartiges Vorkommnis ganz besonders zu achten sein wird. Ja, es ist mir nicht unwahrscheinlich, dass es sich in manchen Fällen von angeblichem Recidiv gar nicht um ein solches, sondern um einen übersehenen zweiten Bruch gehandelt habe.

Nochmals kurz zusammenfassend, sind es folgende Punkte, welche bei der Radikaloperation freier Nabelhernien hauptsächlich zu beobachten sein werden:

Aseptische Vorkehrungen wie zu jeder Laparotomie; vorsichtige Befreiung des Bruchsackinhaltes am besten unter Resektion der darin enthaltenen Netzmassen; feste und enge Vernähung des angefrischten (ev. nach Tait gespaltenen) Bruchringes durch versenkte Kopfnähte mit starker Seide (kein Katgut, keine fortlaufende Naht!); Resektion des Bruchbeutels bis in die normale Haut hinein; Ausschaltung von Recessus durch versenkte Seidenknopfnähte; dichte Naht der Bauchwunde, wiederum mit Seide bez. mit nichtresorbirbarem Nahtmaterial; langes Liegenlassen der Fäden, lange Bettruhe nach der Operation; anhaltendes Tragen einer sorgfältig gearbeiteten, durch Ledereinlage verstärkten Bauchbinde.

Nach diesem Verfahren lässt sich tadellose Primärheilung erzielen, kann man hoffen, Recidive ausbleiben zu sehen, nachdem man die Kranken von einem Leiden befreit hat, das lästiger und gefährlicher ist, als manches andere, zu dessen Beseitigung der Gynäkologe heutigen Tages mit leichtem Herzen die Laparotomie unternimmt.

II. Behandlung mit dem konstanten Strome in der Gynäkologie.

Von

Dr. **E. Noeggerath**, Wiesbaden.

Die Veranlassung zu dieser Veröffentlichung ist der Vortrag von Herrn Dr. Saulmann in No. 19 d. Bl. Er sagt: »Ungeachtet der Erfolge dieser Methode giebt es noch Ungläubige, welche die Achseln zucken, wenn sie von derselben sprechen. Die Ursache dieses Misstrauens liegt in der Übertreibung der Resultate, welche man in Bezug auf die Verkleinerung der Tumoren erlangt haben will.«

Die Ursache dieses Misstrauens ist noch in anderen Umständen zu suchen. Vor Allem ging aus den Diskussionen über diesen Gegenstand der Wunsch hervor, dass man mehr objektiv gehaltene Berichte über behandelte Fälle und nicht allgemeine Behauptungen, die in ihrem weitgehenden Optimismus und dem Versuche, die Sache im rosigsten Lichte darzustellen, a priori Misstrauen erregten, die auch durch Verschweigen von, mit der Anwendung dieser Methode verbundenen, Nachtheilen und unbefriedigender Erfolge Zweifel an der Zuverlässigkeit der Verfasser aufkommen ließen. Dieses Stadium der Entwicklung hat die Elektrotherapie, in so weit sie die Behandlung von Nervenkrankheiten betrifft, glücklich überwunden.

Wir Gynäkologen müssen, wie mir aus dem angeführten Aufsatze hervorzugehen scheint, diesen Läuterungsprocess noch durchmachen. Hier hat der Strom sein Bett überschwemmt, wir wollen versuchen, ihn wieder einzudämmen, damit er keinen Schaden anrichte.

Seite 340 äußert sich Herr Saulmann in folgender Weise: »Alle Fibrome, welche Blutungen im Gefolge hatten, wurden mit dem positiven Pole behandelt. Die Blutungen standen jedes Mal, ohne Ausnahme, nach 3 oder 4 Sitzungen. Die hier angewandte Intensität war 175 Milliampères.«

Wer wird es nun noch wagen, eine Myomotomie zu machen, nachdem man in höchstens 4 Sitzungen die Blutungen zum Stillstand bringt?

Leider widerspricht diese Behauptung von Herrn Saulmann so sehr den bisherigen Erfahrungen, welche man in der Anwendung der Elektricität bei Fibroiden macht, dass man doch bitten möchte, ein recht überzeugendes Beweismaterial dafür vorzulegen. Sonst könnten wir versucht sein, leise Zweifel an der Wahrheit dieses Ausspruches äußern zu müssen.

Ich gestatte mir also, einige Beispiele anzuführen, um zu zeigen, wie die Dinge sich in der Praxis wirklich gestalten.

Meine erste Pat., welche ich wegen Blutungen, Folge eines großen interstitiellen Fibroids, behandelte, war Fräulein E. v. T. Es wurden gemacht am 2., 4., 5., 8., 10., 15., 17. Mai 1888 je eine positive Galvanisation des Uterus mittels Platinelektrode in steigender Dosis von 50—75 Milliampères. Die Regel stellte

sich am 23. ein, zwei Tage früher als gewöhnlich, und war gerade so stark, wie je zuvor, so dass Pat. sich sehr geschwächt fühlte. Am 1., 3., 6., 8. Juni Applikation von 75 Milliampères. Am 10. wieder sehr starker Blutverlust. Am 15. Juni stellte sich die Regel ein, gerade so stark, wie früher; dasselbe geschah im Monat Juli. Die Behandlung wurde bis Mitte August fortgeführt. Die Menorrhagie war bis dahin nicht beeinflusst worden.

Im Herbste ward Pat. von einer Pleuritis ergriffen, welche sie dem Tode nahe brachte und sie den ganzen Winter an das Bett fesselte. Im Sommer 1889 erschien das Fibroid deutlich verkleinert und die Blutungen waren geringer geworden.

2. Frau. R. N. Submuköses Fibroid auf Hinterwand des retroflektirten Uterus, Hämorrhagie in unregelmäßigen Intervallen. — Elektrisation — positiver Pol mittels Platinsonde im Uterus — in der Stärke von 95 Milliampères am 16. und 17. Mai 1888. Am 18. Mai leichte Blutung. Am 22., 24., 26., 29. Mai und 1. Juni Applikation von 95 steigend bis 100 Milliampères. Am 2. Juni heftige Hämorrhagie, welche 8 Tage anhielt, dann verschwand und am 14. Juli sich wieder einstellte. Die Behandlung ward also aufgegeben. — Ich habe die Dame in diesem Monat wieder gesehen; ihr Zustand ist in so fern befriedigend, als die Blutungen kürzer sind als früher.

Frau v. B. Kleines Fibroid in Gewebe des Fundus, Metritis und Perimetritis chronica. Hämorrhagien mit unregelmäßigen Zwischenpausen. Am 12. und 18. April 1889 positive intra-uterine Galvanisation von 50 Milliampères. Am 20. wieder heftige Blutung. Am 22. 125 Milliampères. Unterbricht Behandlung wegen zunehmender Schwäche, Folge bestehender Neurasthenie und Anämie.

Eine 4. Pat., Fräulein D., welche auch an einer Kombination von interstitiellem Fibroid und Metritis chronica litt, blieb nach einer allerdings durch äußere Umstände mehrfach unterbrochenen Behandlung, theils wegen großer Schmerzhaftigkeit, theils desshalb zurück, weil der letzten Applikation von 75 Milliampères Ende März 1889 eine heftige Blutung unmittelbar nachgefolgt war.

Zum Beweise, dass derartige Ereignisse nicht zufällig mir begegnet sind, will ich ein paar Aufzeichnungen aus den klinischen Berichten Apostoli's hinzufügen (s. Du traitement Électrique des tumeurs fibreuses de l'Uterus. Par Dr. L. Carlet, Paris 1884).

Fall 4. Positive Galvanokaustik von einer Intensität, welche zwischen 30 und 50 Milliampères variirt. Pat. erträgt dieselben zuweilen gut, zuweilen schlecht. Den Applikationen folgt Abends und am andern Morgen eine kleine Blutung. Behandlung fortgesetzt vom 18. November 1882 bis 17. Februar 1883. Vom 15. November 1883 bis zum 27. Mai 1884 wiederum in Behandlung. Unter dem Einfluss derselben scheinen die Hämorrhagien zu schwinden in den Monaten Januar, Februar und März, aber sie treten von Neuem auf im April, Mai und Juni.

Fall 6. Vom 24. Mai bis zum 2. August 1883 10 positive galvanische Applikationen zu 55 Milliampères, eine solche am 13. September von 70 Milliampères. Hierauf stellt sich wieder eine Hämorrhagie ein. Ist bis zum 20. December in Behandlung. Im Januar, nachdem die Behandlung unterbrochen worden ist, sind die Regeln noch »assez abondantes«, so dass am 3. Februar eine Applikation »en pleine hemorrhagie« von 100 Milliampères gemacht werden muss. Am 20. März noch eine solche en pleine hemorrhagie. Erst am 22. Mai 1884 heißt es: Die Regeln dauerten 5 Tage, es ist das erste Mal, dass der Blutverlust so gering ist.

Fall 7. Hämorrhagisches Fibroid. Nach der 10. positiven Galvanisation von 55 Milliampères heißt es, die Regeln stellen sich ein »avec beaucoup d'abondance«.

Fall 8. Interstitielles Fibroid, Hämorrhagie. Drei Galvanisationen zu 55 Milliampères am 22., 24. und 27. März 1883. Regel am 30. März, von 3 Tage Dauer, aber avec une abondance plus grande, que précédemment. Den 7., 10., 12., 14., 17. und 19. April 1883 6 Applikationen von 60 Milliampères. Regel am 25. April, wobei Pat. 8 Tage hindurch mehr Blut verliert als je zuvor.

Fall 9. Fibröse Entartung der ganzen hinteren Wand des Uterinkörpers.

Hämorrhagie. Galvanisation zu 100 Milliampères am 19. Februar während des Blutens. Abends Hämorrhagie eben so stark. Am 27. ist die Blutung nicht geringer, Pat. behauptet sogar, 3 Tage lang große Massen von Blut in Klumpen verloren zu haben. Am 4. und 8. März wieder Elektrisation von 100 Milliampères. Am 12. März wieder eine heftige Blutung mit Stücken, dieselbe hielt 3 Tage an.

Fall 17. Fibrome der hinteren Wand des Uterus. Menstruation regelmäßig, aber immer »abondante« (durchschnittlich 6 Tage). Am 12., 21., 30. December 1882 Applikation von 60 Milliampères. Am 9. Januar heißt es: Kranke hat menstruirt und behauptet, die Regel sei stärker, aber weniger schmerzhaft als früher gewesen.

Fall 20. Fibrome, Perimetritis, Urethritis. Regel stark. Nach der 1. Galvanisation von 70 Milliampères (am 27. Oktober 1883) heißt es: Sie muss sich zu Bett legen, weil sie sich schlechter fühlt, sie verliert fortwährend Blut. Nach der 3. Applikation am 26. Juni heißt es: Die Regeln erscheinen zu früh, toujours avec abondance.

Fall 23. Kleines Fibrom der hinteren Lippe. Fast fortwährende leichte Blutung. Am 24. und 28. Juni Galvanisation von 100 Milliampères. Am 30. Juni Regeln weniger schmerzhaft, aber plus abondantes.

Fall 25. Interstitielles Fibrom der vorderen Wand, Menorrhagie, Regel dauert 10—15 Tage. Nach erster positiver Galvanisation am 1. Mai 1884 von 100 Milliampères heißt es: Sie hat Abends etwas Blut verloren. Am 22. Mai 2. Applikation von 100 Milliampères. Hat sich nicht so gut wie nach erster Operation gefühlt, verlässt die Behandlung. Die Regel dauert im Monat Mai 3 Wochen lang, im Juni 10 Tage, im Juli heftige Menorrhagie.

Fall 26. Interstitielles Fibrom der hinteren Wand. Abundante Regeln. Erste Galvanisation von 100 Milliampères am 20. Mai 1884, 2. am 27., 3. am 2. Juni. Seit dem 27. Mai verliert sie täglich etwas Blut. Am 7. Juni heißt es: Les épocques out apparu abondantes.

Fall 39. Kleines Fibrom der hinteren Wand. Menstruation unregelmäßig, »abondante« und schmerzhaft. Vom 27. Mai bis 19. Juli 1884 5 Applikationen von 100 Milliampères mit dem Erfolge, dass Leukorrhoe und Menstruation stärker sind.

Fall 43. Interstitielles Fibrom der hinteren Wand. Metrorrhagie. Am 12., 19., 26. December 1882 je eine positive elektrische Galvanisation von 70 Milliampères. Am 10. Januar 1883 heißt es: Hat ihre Regeln stärker als gewöhnlich gehabt.

Da haben wir also 12 unter den 46 von Apostoli selbst behandelten Fällen von Fibroiden mit Blutung, in welchen die Blutung nach der Behandlung theils nicht vermindert, theils vermehrt worden ist.

Herr Saulmann wird uns entgegnen, dass die angeführten Fälle nicht mit seinen 175 Milliampères behandelt worden seien. Ich weiß zwar nicht, ob in der Klasse von flämischen Frauen, in welcher Herr Saulmann prakticirt, eine ausnahmsweise große Toleranz gegen intensive elektrische Ströme herrscht; bei uns, hier in Deutschland, kann man Ströme von 175 Milliampères nicht so allgemein anwenden.

Vor jetzt 4 Wochen noch habe ich eine Frau v. H., welche an einem hämorrhagischen Fibroide litt, nach der 5. Sitzung, von nur 50 Milliampères Intensität, aus der Behandlung entlassen müssen, weil sie derartige Anfälle von Prostration, und zwar in jedes Mal sich steigerndem Maße, nach dem Elektrisiren bekam, dass ich ihr rathen musste, die Behandlung zu unterbrechen.

Bei dem oben erwähnten Fräulein v. T. passirte Folgendes: Nachdem zum ersten Mal 75 Milliampères erreicht worden waren,

traten Schmerzen, welche mit heftiger Dysmenorrhoe verglichen wurden, auf, verließen Pat. nicht wieder, sondern steigerten sich noch bis zu fast unerträglicher Heftigkeit im Laufe des Nachmittags. Am folgenden Tage zeigte sich nun beim Aufstehen ein sehr beängstigendes Gefühl von Ameisenkriechen in Händen und Füßen, welches bis gegen Abend andauerte.

Im Mai vorigen Jahres applicirte ich behufs elektrolytischer Behandlung einer Striktur des Os internum zur Beseitigung ihrer Dysmenorrhoe einem Fräulein M. K. von hier einen Strom (negativer Pol im Uterus) von 30 Milliampères durch 5 Minuten. Nach Beendigung der Sitzung konnte Pat. nicht mehr aufstehen, die Beine waren gelähmt, so dass sie unfähig war, dieselben zu bewegen. Der Zustand verlor sich allerdings nach etwa 10 Minuten, mit 175 Milliampères wären wir wohl nicht mit dem Schrecken allein davon gekommen.

Noch viel weniger als unsere deutschen Frauen halten Amerikanerinnen so hohe Intensitäten aus, und dass die russischen Frauen dem elektrischen Strome gegenüber sich eben so verhalten, wie unsere deutschen, habe ich gerade jetzt Gelegenheit zu beobachten. Was Herr Saulmann und ich in Bezug auf Französinnen zu beobachten Gelegenheit hatten, bestand aus dem Material der Apostolischen Poliklinik, also was wir kurz, Frauen aus dem Volke nennen. Es gab hier allerdings recht Viele, welche starke Ströme vertrugen, wie das ja nicht anders zu erwarten war, aber wenn ich beobachtete, wie vorsichtig tastend Apostoli, bei jedem neuen Falle, die Intensität des Stromes bis zum erreichbaren Grade der Toleranz allmählich steigerte, so konnte man wohl herausfühlen, dass er den Menschen nicht für ein Stück Metall hielt, dem man so schlankweg seine 175 Milliampères appliciren darf. Wenn man die Frauen sieht mit blassem Gesicht, leidenden Zügen, mit entwickelter Neurasthenie in Folge lang andauernder Blutungen und Schmerzen, da kann man nicht vorsichtig genug zu Werke gehen mit der Dosirung der Elektricität.

Andere wieder haben eine so empfindliche Haut, dass wir keine Diffusionselektrode groß genug finden können, um den Strom in erwünschter Stärke anzuwenden. Bei anderen, namentlich in den nicht seltenen Fällen von Kombination eines Fibroids mit chronischer Metritis, ist die Schmerzhaftigkeit im Uterus selbst so groß, dass wir uns mit ganz kleinen Dosen begnügen müssen.

Ich bitte meine Leser, nun aber nicht sich dem Eindrucke hingeben zu wollen, als ob sich meine Bemerkungen gegen die Endresultate der Behandlung, oder gegen die Methode Apostoli's überhaupt richteten. Im Gegentheil, gerade weil ich die großen Segnungen des Apostoli'schen Verfahrens voll anerkenne, glaube ich auch berechtigt zu sein, einmal die Hand als Wegweiser ausstrecken zu dürfen.

Etwas Neues hat uns Herr Saulmann doch gebracht und das

ist nicht nachahmungswürdig, nämlich den Gebrauch des Speculum bei der Galvanisation. Erstens ist dasselbe nicht nöthig zur Desinfektion, namentlich wo es sich um den positiven Pol handelt, der das Gewebe anämisch macht und verdichtet. Es ist noch kein Fall von Bakterieninvasion nach demselben bekannt geworden. Dagegen verhindert das Speculum eine Kontrolle über die Tiefe der Sondeneinführung. Wir arbeiten jetzt mit Vorliebe mit den kurzen Kohlenelektroden, die an eingekerbten Hartgummistäben befestigt sind. Mit dem Finger orientirt man sich da sofort, mit dem Speculum in sehr unsicherer Weise. Weiter wissen wir, dass Fibroide sehr häufig bei Nulliparen und Unverheiratheten angetroffen werden, in einem Alter, in welchem die äußeren Genitalien beginnen, atrophisch zu werden. Da ist man dann zufrieden, wenn man ohne zu großes Unbehagen für die Pat. mit Finger und Sonde fertig werden kann.

---

1) **Fehling** (Basel). Die Physiologie und Pathologie des Wochenbettes.

Stuttgart, **Ferd. Enke**, 1890.

Das F.'sche Buch ist ein Schulbuch im guten Sinne des Wortes. Es bringt in knapper Form Alles, was wir über das Puerperium heut zu Tage wissen. Gerade der Verf. war am meisten berechtigt, in kritischer Weise sich über die noch zweifelhaften Punkte der Physiologie entscheidend zu äußern. Weit entfernt, sich irgend wie mit Unfertigem oder mit Hypothesen aufzuhalten, in jeder Beziehung exakt und doch praktisch, werden die Vorgänge im Wochenbett mit den therapeutischen Konsequenzen geschildert. Die Bemerkungen des Verf.s über die Involution, ihr oft langsames, ruckweises Fortschreiten, über Binden des Leibes, Seitenlagerung im Wochenbett, Aufstehen etc. sind durchaus richtig.

Eine kurze Geschichte und Statistik des Wochenbettfiebers leitet den pathologischen Theil ein. Die Basis des Verständnisses ist die Eintheilung. Erst eine richtige Eintheilung macht es überhaupt möglich, die Wochenbettskrankheiten zu lehren. Verf. theilt, wie wohl allgemein, die Krankheiten in infektiöse und nicht infektiöse ein. Vorsichtig äußert er sich betreffs der bakteriologischen Verhältnisse. Für eine Vielheit der inficirenden Formen ist Verf. nicht eingenommen. Eine Abgrenzung leichter Parametritis und Perimetritis gutartiger Natur von den auf septischer Infektion beruhenden Formen ist zur Zeit weder klinisch, noch bakteriologisch denkbar. Die Selbstinfektion im Sinne Ahlfeld's und Kaltenbach's leugnet Verf. Hat man operirt, so ist es eben Kontaktinfektion und nicht Selbstinfektion. Todesfälle nach Autoinfektion sind noch nicht stichhaltig bewiesen. Auch der Verf. plaidirt dafür, den Begriff Selbstinfektion fallen zu lassen, gebraucht ihn der Arzt, so kann die Hebamme eben so gut damit sich einen Ablass für alle mögliche Sünden verschaffen. Die leichten Fälle solle man Resorptionsfieber nennen,

noch der beste Name sei Saprämie (M. Duncan). Demnach unterscheidet Verf. wesentlich 2 große Krankheitsbilder: die septikämische oder lymphangitische Form und die venöse phlebothrombotische Form. Also nähert sich Verf. damit der alten chirurgischen Eintheilung in Sepsis und Pyämie. Die einzelnen Krankheiten selbst theilt er nach den lokalen Verhältnissen ein, indem er von unten beginnt: Ulcera puerperalia, Kolpitis, Endometritis, Metritis, Parametritis, Peritonitis — Gesammtbild der lymphatischen Form, also Das, was man auch puerperale Sepsis nennt. Sodann: Pyämie etc. Jedenfalls ist diese Eintheilung durchaus empfehlenswerth, sie drängt sich namentlich bei Vorlesungen auf, wo man gezwungen ist, systematisch die verschiedenen Affektionen abzuhandeln.

Die nun folgenden Details sind sehr lesenswerth und enthalten eine Fülle guter Kritik und vortrefflicher Rathschläge. Das Milchfieber soll man endlich fallen lassen, da die normale Thätigkeitsäußerung einer Drüse niemals Fieber macht. Bei mäßigem Fieber macht Verf. Vaginalausspülungen. Sublimat wird dazu häufig empfohlen. Ich muss gestehen, dass ich seit Jahren dies Mittel völlig verbannt habe. Besitzen wir genügend andere ungefährliche Mittel, warum soll man Sublimat nehmen? Ich kenne einen Todesfall nach Scheidenausspülung. Ein um so mehr beweisender Fall, als nach einer Porro-Operation die Scheide nur einmal mit Sublimat ausgespült wurde. Da kein Uterus mehr vorhanden, hat also die Scheide die tödliche Menge resorbirt. Dies ist schließlich nicht wunderbar, da die puerperale Scheide nachweisbar in Wasser lösliche Mittel resorbirt. Ich würde also das Sublimat lieber definitiv gestrichen sehen. Betreffs der Bedeutung der Decidual- und Chorionfetzen steht Verf., wie wohl alle anderen Autoren, Ahlfeld gegenüber. Der zu Uterusausspülungen empfohlene Katheter (p. 88) ist entschieden zu wenig gebogen. Mir persönlich scheint das beste und richtigste Instrument das von Schatz zu sein. Leider hat sich dies ausgezeichnete Instrument wenig eingeführt. Ich halte es für besser und richtiger konstruirt, als das meinige. Betreffs der Auskratzung spricht sich Verf. reservirt aus. Er hätte hier wohl die Fälle nach rechtzeitiger Geburt und Abort noch mehr scheiden sollen. Die Darstellung der Parametritis und Peritonitis ist eben so lesenswerth als klar. Dass eine Art Phlegmasie auch ohne Thrombose nur durch Kompression der Venenstämme eintreten kann, ist gewiss richtig (p. 99). Verf. meint, dass die Parametritis auch unterhalb des Poupart'schen Bandes durchbricht. Dies ist nicht ohne Weiteres zuzugeben.

Eine gutartige Parametritis gegenüber der bei Sepsis vorkommenden will Verf. nicht abgrenzen. Bei der Behandlung berührt sehr angenehm die Kritik des Verf.s, die ihn gleich weit entfernt hält vom Nihilismus und von den emphatischen Empfehlungen dieses oder jenes alten Verfahrens, das von Zeit zu Zeit wieder ausgegraben und als neu empfohlen wird.

Ob alle Leser sich damit einverstanden erklären, dass die Sepsis

auch durch Aufnahme des Giftes von den Luftwegen aus entstehen kann, ist doch zweifelhaft. Alle dafür beweisenden Fälle können schließlich auch anders erklärt werden.

Die Krankheiten der Brüste und die nicht infektiösen Erkrankungen des Wochenbettes sind etwas kurz behandelt, indessen für ein Lehrbuch genügend. Es findet sich auch in diesen Kapiteln alles Wesentliche zusammengestellt.

Jedenfalls ist das F.'sche Buch eben so gut für den Lernenden, der sich eine Basis für seine Anschauungen verschaffen will, als für den Fachmann, der sich freuen wird, eine so vortreffliche, klare Darstellung der schwierigsten Fragen zu finden.

Heinrich Fritsch (Breslau).

---

2) **Rudolf Temesváry** (Budapest). Die Anwendung der Elektricität in der Gynäkologie.

II.

(Budapesti kir. orvosegyesület. 1890. April 19.)

Nach einer kurzen Herzählung der in der gynäkologischen Elektrotherapie in Anwendung kommenden Elektricitätsarten bespricht Vortr. deren Bedeutung und Indikationen.

Der galvanische Strom ist von elektrolytischer Wirkung, indem er die organischen Stoffe zersetzt, namentlich das Blut und das Fett; fernerhin befördert er diese Zersetzungsprodukte vom positiven zum negativen Pol, er erhöht die Spannung in den Blutgefäßen.

Der positive Pol bringt eine, den sich dort anhäufenden Säuren, der negative Pol eine den Basen entsprechende Galvanokaustik hervor; der positive Pol wirkt hämostatisch, der negative ableitend und als Emmenagogum. Je stärker der Strom ist, desto größer auch diese Wirkungen; ein schwacher Strom wirkt zugleich schmerzstillend. Der indicirte Strom wirkt ebenfalls schmerzstillend, wenn er in dünnem und langem Draht läuft, sonst aber als Reizmittel für die glatten und quergestreiften Muskeln.

Die Vortheile des Apostoli'schen Verfahrens sind: 1) die Einfachheit desselben; 2) es ermöglicht eine genaue Dosirung; 3) Assistenz ist fast immer überflüssig; 4) die Behandlung ist lokal; 5) vollständige Gefahrlosigkeit; 6) sowohl die galvanometrische, als auch die allgemeine interpolare Wirkung kommt zur Geltung; 7) die Behandlung verursacht nur wenige oder gar keine Schmerzen; 8) die verschiedenen Arten der Elektricität können verwendet werden; 9) die Wirkung ist in vielen Fällen eine rasche; 10) die Kranken können ihren gewohnten Beschäftigungen nachgehen und 11) sie werden ihrer Geschlechtstheile nicht beraubt.

Die Nachtheile des Verfahrens sind: 1) es ist nicht von unfehlbarer Wirkung; 2) es kann bei verkannter Schwangerschaft Abort oder Frühgeburt hervorbringen; 3) es kann in Folge diagnostischer Irrthümer Schaden angerichtet werden; 4) eine chronische Perimetritis kann akut werden; 5) nach Galvanopunkturen können Abscesse

und Fieber auftreten; 6) Manche halten das Verfahren für gefährlich. Alle diese Nachtheile lassen sich jedoch bei Beobachtung der strengsten Antisepsis, gründlicher Untersuchung und Befolgung der vorgeschriebenen Regeln vermeiden.

Die Indikationen sind die folgenden: der schwache galvanische Strom ist indicirt bei den akuten Entzündungen des Uterus und dessen Anhänge (Vortr. stimmt diesem Vorschlag Apostoli's nicht bei), bei Pruritus vulvae und Hyperplasie des Uterus; der starke galvanische Strom mit aktivem positiven Pol und der Sondenelektrode wird bei Endometritis, blutenden Myomen, hämorrhagischer Metritis, Meno- und Metrorrhagien; derselbe Strom mittels der Kohlenelektroden wird angewendet bei den eben genannten Krankheiten, wenn die Blutung sehr stark oder die Gebärmutterhöhle sehr weit ist; der starke negative galvanische Strom mit der Sondenelektrode bei nicht blutenden Myomen, chronischen para- und perimetritischen Exsudaten, bei Ovario-Salpingitiden, Amenorrhoe und Dysmenorrhoe, bei Stenosen des Cervicalkanals, alten Metritiden und eben solchen Uterussubinvolutionen; der starke negative galvanische Strom mit der stilettförmigen Elektrode bei nicht blutenden Myomen, chronischen parametritischen Entzündungen, Ovario-Salpingitiden, wenn man in die Gebärmutterhöhle nicht eindringen kann, oder wenn die mit dieser Methode erreichten Resultate nicht befriedigend sind und die betreffenden Tumoren auch nahe zur Scheidenwand liegen; der inducirte Strom mit dickem Draht bei frischeren Fällen von Subinvolution, Metritis, bei Atonie, Atrophie und Hyperplasie des Uterus, so wie bei Hyperinvolution desselben; der inducirte Strom mit dünnem Draht bei Schmerzen nervösen oder entzündlichen Ursprungs, namentlich bei Ovarialgie und Vaginismus; schließlich der galvano-faradische Strom ist indicirt bei chronischer Obstipation.

Kontraindikationen sind: die Idiosynkrasie gegen den elektrischen Strom, so wie (nach Ansicht des Vortr.) jede akute Entzündung der Beckenorgane. Eine Prognose lässt sich nur nach 3—4 Sitzungen stellen und hängt von der Besserung der krankhaften Symptome, so wie von der Duldung des elektrischen Stromes ab.

Vortr. geht hierauf auf die einzelnen Krankheiten ein, von denen er ausführlich spricht, um die elektrische Behandlung bei den folgenden Krankheiten zu empfehlen: blutende, interstitielle Myome, chronische Endometritis, Metritis, Para- und Perimetritis, Subinvolution des Uterus, Menstruationsstörungen (Amenorrhoe, Dysmenorrhoe und Menorrhagie), Stenose des Cervicalkanals, mangelhafte Entwicklung der Genitalien, Hyperinvolution des Uterus und Ovarialgie.

Temesváry (Budapest).

3) **Heustis.** Eine neue Lage zur Erleichterung der Operation der Blasenscheidenfistel oder anderer Operationen an den Geschlechtstheilen.

(Med. News 1889. September 21.)

H. empfiehlt statt der Sims'schen Seitenlage die Lage mit dem Gesicht nach der Erde und unter die Schenkel ein Kissen geschoben, welches bis zu der Schamgegend reicht. Durch das Gewicht der Därme wird ein Vacuum erzeugt, welches die Vagina ausfüllt und sich weit ausdehnt, so dass man deren Inneres gut übersehen kann.

Lühe (Demmin).

---

4) **M'Mordie** (Dublin). Einfluss des elektrischen Stromes auf die weiblichen Geschlechtsorgane.

(Dublin journ. of med. science 1890. Januar.)

M. brachte den einen Pol einer »einzelligen Batterie« mittels Sonde in das Innere des Uterus, den anderen von außen auf den Fundus und konnte nach 20minutiger Stromdauer stets eine Erweiterung des vorher geschlossenen äußeren Muttermundes verbunden mit sexuellem Orgasmus beobachten. Auf die Blutungen aus dem Uterus blieb die Applikation ohne Einfluss. Die Fälle sind nicht weiter specialisirt.

Die sich anschließende Diskussion (geburtshilfliche Abtheilung der königl. Akademie von Irland) beweist, dass Jedermann dort dem Apostoli'schen Verfahren vor der Hand noch mit skeptischem Mangel an Vertrauen gegenübersteht.

Zeiss (Erfurt).

---

5) **Linhart.** Die Wirkung der Salicylsäure auf den Uterus.

(Wiener med. Presse 1889. No. 49.)

Dem Natriumsalicylate ist eine gefäßlähmende Wirkung auf den Uterus eigen; durch passende Gaben von Secale cornutum lässt sich dieser Wirkung mit voller Sicherheit begegnen. Verf. kann für diesen Satz freilich nur einen Fall aufführen, aber dieser stand zwei Jahre in seiner Beobachtung, und es zeigte sich, dass jedes Mal, wenn die Dame wegen rheumatischer Beschwerden Natr. salicyl. nahm, Schmerzen in Rücken und Kreuz und profuse Menstruation eintrat, und dass durch prophylaktische Verabreichung von Ergotinpräparaten das Auftreten dieser Zustände verhindert, resp. schon eingetretene schlimme Nebenwirkungen des Natr. salicyl. schnell koupirt werden konnten.

Verf. giebt leider weder an, wie groß die von der Dame genommenen Dosen von Natr. salicyl. waren, noch wie viel Secale nöthig war, um die Beschwerden und lästigen Nebenwirkungen zu paralysiren.

Buschman (Wien).

---

6) **Guzzoni** (Pavia). Prolapsoperationen.

(Collexione ital. di letture sulla med. 1889. Ser. V. No. 7. 91 S.)

Die Abhandlung enthält hauptsächlich eine genaue Beschreibung der verschiedenen Operationen mit Abbildungen. Auf der Klinik wurde 55mal mit verschiedenem Erfolge operirt. Bei menstruirenden Frauen wird gewöhnlich der Kolpoperineorrhaphie; nach der Menopause der Kolporrhaphia mediana (Elytrokleisis nach Lefort-Neugebauer) der Vorzug gegeben.

Liebman (Triest).

---

7) **Ed. Retterer** (Paris). Über Kloakenscheidewand und Bildung des Dammes.

(Soc. de Biol. 1890. Januar 4. — Journal des Soc. scient. 1890. No. 4. p. 33.)

Rathke nimmt für die Bildung des Perineums aus den ursprünglichen Kloakenverhältnissen 5 Falten an: eine mediane und zwei laterale für die Kloakenscheidewand selbst, und zwei seitliche für die äußere Deckung des Perineums. Kölliker und Mihalkowics lassen von den ersten drei nur die mediane oder »perineale« gelten, erkennt aber die letzteren zwei als »Geschlechtsfalten« an. Tourneux sieht in den seitlichen Epithelwucherungen der Kloakenöffnung, ihrer Verschmelzung mit dem »Perinealsporn« und der Verlängerung des letzteren nach außen den Vorgang der Dammbildung. Durch Studium der Transversalserienschnitte ist Verf. zu einer abweichenden und einfacheren Erklärung gelangt. Nach ihm bedingen nur zwei Falten den ganzen Vorgang — namentlich die von beiden Seiten der Kloake gegen die Mitte vorwachsenden Falten, welche, durch ihre gegen die Kloakenöffnung fortschreitende allmähliche Verschmelzung, die Trennung des Sinus uro-genitalis vom Rectum herbeiführen. Nach außen angelangt, breiten sich diese lateralen Falten flächenhaft aus und bilden durch ihre mediane Verschmelzung beim Weibe die Raphe ano-vulvaris, beim Manne die R. perinei, penis, glandis. — R. sucht nach phylogenetischen Beweisen für seine ontogenetische Erklärung und glaubt mit Recht in den seitlichen Wülsten der Kloakenhöhle der Oviparen die Anfänge dieser Trennung zu finden, welche sich erst bei monodelphen Säugethieren endgültig vollzieht.

Sack (Langensteinbach).

---

8) **Ch. Misrachi** (Salonichi). Über den Gebrauch von hypodermatischen Injektionen von Koffeïn in der Behandlung von Blutungen nach der Geburt.

(Nouv. arch. d'obstetr. et de gyn. 1889. Oktober.)

M. empfiehlt diese Injektionen sehr in Fällen, wo schleunige Hilfe nothwendig ist, aber besonders, wenn der Arzt erst erscheint, nachdem schon ein bedeutender Blutverlust vorhergegangen ist. Zumal in der Landpraxis kann das Mittel von großer Bedeutung sein, da der Arzt vielleicht kurz zuvor Diphtherie oder Erysipel behandelt hat und nun längere Zeit auf seine gründliche Desinfektion ver-

wenden muss, bevor er mit der Hand eingehen darf. Koffeïn soll schneller wirken als Ergotin und nachhaltiger in der belebenden Wirkung sein als Äther; letzterer wirke zwar schneller, aber die Wirkung sei flüchtiger.

Die Anwendungsweise ist folgende:

Natr. benzoic.	3,0
Koffeïn.	2,0—2,5
Aq. destill.	6,0 oder q. s. für 10 ccm.

Jeder ccm enthält 0,25 Koffeïn. Die Lösung ist warm zu machen. 6—10 Spritzen am Tage; sofort etwa 3—4 Spritzen zu injiciren.

Durch die sehr günstigen Erfolge dieser Injektionen als Mittel zur schnellen Blutstillung und Hebung der Kräfte wurde M. bewogen, beständig Natr. benzoic. und Koffeïn in kleinen Päckchen auf der Praxis mitzuführen; das destill. Wasser muss er freilich oft genug durch gewöhnliches ersetzen. **Heyder** (Leipzig).

Kasuistik.

9) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

Sitzung vom 21. Oktober 1889.

Vorsitzender: Herr Sänger; Schriftführer: Herr Donat.

Der Antrag des Vorsitzenden, mit der neugegründeten »Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique« in Schriftenaustausch zu treten, wird angenommen.

I. Herr Sänger: Zur Radikaloperation großer, nicht eingeklemmter Nabelbrüche.

(Ausführlich veröffentlicht in dieser Nummer des Centralbl. f. Gynäkol.)

Herr v. Tischendorf demonstrirt im Anschluss an den vorausgegangenen Vortrag Bruchbeutel und Netzmassen eines Falles von Nabelhernie, welche er am gleichen Tage operirt hatte und berichtet, dass er früher 5mal die Operation großer Nabel- und Bauchbrüche, zum Theil allerdings unter anderen und sehr erschwerenden Umständen, ausgeführt habe. Den von Sänger aufgestellten Grundsätzen für die Radikaloperation freier Nabelhernien stimme er völlig bei.

Die Pat. war eine 41jährige, sehr korpulente (225 Pfund schwere) Restaurateursfrau, welche ihren Bruch seit einer Reihe von Jahren mit zunehmenden Beschwerden und allmählich zunehmender Größe gehabt und die verschiedensten Bruchbandagen und Bauchbinden schließlich ohne jeden Erfolg getragen hatte, bis der zuletzt etwa kindskopfgroße Tumor überhaupt nicht mehr zu reponiren war und schließlich in den letzten Wochen eine wenigstens 5markstückgroße Decubitusstelle der Haut auf der Höhe der Geschwulst sich bildete, während in der tiefen Hautfalte unterhalb der Geschwulst lästiger Intertrigo bestand.

Die unter diesen Umständen dringend indicirte Operation ließ sich relativ leicht ausführen. Der Inhalt des kindskopfgroßen, mit mehrfachen Ausbuchtungen versehenen Bruchsackes bestand aus 2 kleineren Darmschlingen und einer beträchtlichen Partie Netz, letzteres zum großen Theil mit der Bruchsackwand fest verwachsen. Nach Reposition des Darmes und Resektion des Netzes durch Massenligaturen wurde der ganze Bruchsack abgetragen und der Bruchring rings herum in längsovaler Richtung mit der Schere angefrischt. Der Schluss der ganzen Bauchwunde vollzog sich wie bei einer gewöhnlichen Laparotomie durch mehrere, die ganze Bauchwand mit dem Peritoneum beiderseits fassende, tiefe Seidenknopfnähte und außerdem eine fortlaufende versenkte (Peritoneum und etwas Muscularis fassende) und eine fortlaufende oberflächliche (die Hauträndер vereinigende) Katgutnaht.

Die 5 früher vom Vortr. operirten Fälle von großen Nabelhernien waren folgende:

2 betrafen ebenfalls sehr korpulente Frauen von 48 und 51 Jahren, welche ihre Brüche jahrelang gehabt hatten und wegen Einklemmungserscheinungen operirt werden mussten, wobei die Radikaloperation angeschlossen wurde und zwar das eine Mal ganz wie in dem eben geschilderten Falle ausgeführt, das andere Mal (früher operirt) in der Weise, dass der Bruchsack, der sich zum Theil von der Haut trennen ließ, in der Bruchpforte spiralig torquirt und dann mit Resektion der größeren äußeren Hälfte und der Haut abgebunden wurde, worauf der Stiel oder das Schnürstück gewissermaßen den Bruchring tamponirte und mit dessen Schenkeln noch vernäht wurde, ehe die Haut darüber geschlossen wurde.

Ein weiterer Fall betraf eine 28jährige Frau, bei welcher wegen zunehmender Beschwerden durch die Größe und Schmerzhaftigkeit des über kindskopfgroßen Bruches die Radikaloperation (ohne Einklemmungserscheinungen) wie in dem demonstrirten Falle mit Anfrischung und tiefen Seidennähten und fortlaufender Katgut-Etagennaht ausgeführt wurde.

Der Bruchsackinhalt war in allen diesen 3 Fällen von Darm und zum größten Theil aus Netzmassen gebildet, welch letztere besonders in den beiden vorigen Fällen vielfach fest mit dem Bruchsack verwachsen waren und stets resecirt wurden. Alle diese Fälle heilten reaktionslos und sind (jetzt seit Jahren) dauernd geheilt geblieben.

2 weitere Fälle waren enorme Eventrationen, welche mit bestehender Peritonitis zur Operation kamen und beide letal endigten. Der eine (im Ganzen also der 5. Fall) betraf einen $^3/_4$ Jahr alten Knaben mit einem wenigstens mannsfaustgroßen Nabelbruchtumor, in welchem sich 60 cm Darm (wie sich bei der Operation zeigte, im Zustande der Peritonitis) befanden. Nach Salicyldesinfektion und Reposition desselben wurde der große leere Sack rasch abgetragen und die Wunde wie oben vernäht. Exitus 2 Stunden nach Beendigung der kurz dauernden Operation.

Im 6. eben so verzweifelten Falle handelte es sich um eine völlige Eventration in dem etwa die Hälfte des ganzen Unterleibes bildenden Nabelbruch bei einer ca. 40jährigen korpulenten Frau, bei welcher es durch Volvulus einer Dünndarmschlinge in dem großen Sacke zu Ileus mit folgender Peritonitis gekommen war. Peritoneum und Haut, überall fest mit einander verwachsen, bildeten den ziemlich dünnen, vielfach pigmentirten, membranösen Überzug über die Darmschlingen, welche man meistens in ihrer gewundenen Gestalt und mit ihren peristaltischen Bewegungen durchscheinen sah, und welche sowohl unter einander, als mit der Sackwandung vielfach verwachsen waren. Die Bruchpforte war so groß, dass man etwa seinen Kopf bequem hätte durchstecken können. Die Operation bei dieser erst in so extremem Zustande zur Behandlung gekommenen Frau konnte nur in dem Versuch der Lebensrettung durch Auffinden der den Ileus bedingenden Ursache bestehen und wurde durch die vielen Verwachsungen äußerst erschwert. Von einer Radikaloperation hätte wegen der Verwachsungen auf jeden Fall abgesehen werden müssen. Nach Reposition der nicht verwachsenen Darmschlingen und Herstellung ungehinderter Passage wurde die Wunde wieder geschlossen, ohne dass der Eintritt des Exitus letalis am folgenden Tage bei fortbestehender Peritonitis verhindert werden konnte.

Gerade der ungünstige Ausgang dieser beiden letzten in so verzweifeltem Zustande erst zur Behandlung gekommenen Fälle dürfte desto mehr die Radikaloperation ähnlicher großer Nabelhernien schon zu viel früherer Zeit für angezeigt erscheinen lassen.

Im Anschluss an das Thema der Hernien demonstrirt Herr v. T. noch das seltene Präparat eines Tubo-crural-Bruches, welches er kürzlich durch Herniotomie und Radikaloperation gewonnen hatte, mit Vorlegung der zugehörigen Abbildungen.

Bei einer älteren Frau traten in einer Schenkelhernie Einklemmungserscheinungen auf, welche die Operation indicirten. Den Bruchsackinhalt bildete nicht,

wie erwartet, Netz, sondern die linke Tube, ödematös geschwollen und an einer Stelle mit einer ca. kirschgroßen Ausbuchtung versehen, welche in einer entsprechenden Ausstülpung des Bruchsackes gelegen war. Tube und Bruchsack wurden resecirt; die Heilung erfolgte völlig glatt. In der Litteratur hat Redner nur zwei ältere und zwei neuere derartige Fälle verzeichnet gefunden.

Hernia cruralis tubaria (nach einem Präparat von Dr. v. Tischendorf).

Diskussion. Herr Wagner: Die Begeisterung für die Radikaloperation der Hernien habe sich wegen einzelner Todesfälle, der Recidive, der Nothwendigkeit das Bruchband weiter tragen zu lassen, doch etwas gelegt. Jetzt werde die Radikaloperation außer im Anschluss an die Herniotomie bei Einklemmungen nur auf bestimmte Indikationen hin ausgeführt, wie sie in den Fällen des Vortr. auch bestanden hätten. Von Interesse sei ihm, dass der erste Fall später an Pneumonie gestorben sei; es läge eine Arbeit aus der Gussenbauer'schen Klinik vor, wonach kleine Emboli aus den Darmgefäßen nach Herniotomie zu Lungeninfarkt und Pneumonie führen könnten.

Herr Säuger: Von einem solchen Zusammenhang könne für seinen Fall nicht die Rede sein; Pat. bekam die Pneumonie erst über 1 Jahr nach der Operation.

Herr Obermann verweist auf die Gefährlichkeit von Nabelbrüchen in der Schwangerschaft und unter der Geburt. Beobachtete jüngst einen solchen Fall mit bedrohlichen Einklemmungserscheinungen.

Herr Zweifel: Man müsse zwischen Bauchbrüchen und Nabelbrüchen streng unterscheiden: eine Hauptgefahr für letztere bildeten die Buchten und fibrösen Stränge des Bruchsackes, wodurch am häufigsten die Einklemmungen zu Stande kämen; bei bloßer Diastase der Recti seien solche überhaupt nicht zu befürchten. Auch er habe einige Fälle mit günstigem Erfolge operirt, sei aber nicht dafür, dass die Radikaloperation auf kleine Brüche ausgedehnt werde.

Herr Säuger knüpfe die letztere auch an gewisse Bedingungen. Die von

Herrn Zweifel angeführten Gruben und Gewebsbrücken des Bruchsackes seien gerade in seinem zweiten Falle in ausgedehntem Maße vorhanden gewesen; trotzdem sei es nie zu einer vollständigen Einklemmung gekommen, wohl wegen der großen Geräumigkeit des Bruchsackes und der Weite des Bruchringes.

Herr Hennig ist gleichfalls für alsbaldige Radikaloperation großer Nabelbrüche. Auch kleine Brüche können gefährlich werden. Erinnert an die Fälle, wobei im Bruchsack liegende Fettkugeln eine Darmschlinge nachziehen und unter akuter Flatulenz, so wie Erscheinungen von Shock rasch tödlich enden können.

II. Herr Obermann: Einiges über die Geburt bei Beduinen.

Die bei einer im Leipziger zoologischen Garten kampirenden Truppe von Beduinen gemachten Wahrnehmungen betrafen hauptsächlich das Verhalten der Wöchnerin, so wie die Behandlung des Neugeborenen. Letzteres wurde mit Asche eingerieben und dann gebadet; der Nabelstrang wurde mittels zweier scharfer Steine durchgewetzt und hierauf eine braune, ihn rasch mumificirende Masse (Eisenoxyd?) eingerieben etc.

III. Herr Sänger. Demonstrationen: 1) 39jährige Frau mit Lithopaedion abdominale (Diagnose durch die spätere glückliche Operation bestätigt).

2) Planum inclinatum aus Holzlatten zur Beckenhochlagerung nach Trendelenburg; Winkel zum Horizont 45°, Breite 50 cm, vertikale Höhe 50 cm. Diese höchst einfache Vorrichtung hat sich zu genanntem Zwecke sehr gut bewährt.

---

10) Pariser Société de Biologie. Sitzung 25. November 1889.

(L'abeille méd. 1889. No. 57.)

Charpentier und Butte berichten über den Einfluss, welchen Blutungen der Mutter auf das Leben des Fötus haben. Die Versuche, welche sie mit dem Ende der Schwangerschaft nahen Kaninchen anstellten, ergaben, dass bei starken und schnell erfolgenden Blutungen, welche die Mutter schon nach kurzer Zeit tödten, die Föten am Leben bleiben können, wenn man sie unmittelbar nach dem Tode jener extrahirt. Sind die Hämorrhagien stark, führen aber den Tod der Mutter erst nach längerer Zeit herbei, so sterben die Föten kurz vor der Mutter. Sind die Blutungen beträchtlich, vermögen aber doch nicht die Mutter zu tödten, so erliegen die Föten ungefähr eine Stunde nach Beginn derselben. C. und B. führen hier den Tod auf das Verschwinden eines Theils des Sauerstoffes aus dem mütterlichen Blut durch Verminderung des Oxyhämoglobins, so wie auf das Sinken des mütterlichen Blutdruckes, welcher die umbilikale Cirkulation verlangsamt, zurück. Aus den Versuchen ziehen sie für die Praxis den Schluss, dass man bei schwerem Blutbrechen, Hämoptoe oder Epistaxis schnell die Frühgeburt einleiten solle, um das Leben des Kindes zu retten. **Graefe** (Halle a/S.).

11) H. Löhlein (Gießen). Carcinoma recti als Indikation für die künstliche Frühgeburt und als Ursache einer Puerperalfieberendemie.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVIII. Hft. 1.)

L. glaubt aus dem Verlauf einer Schwangerschaft, die durch Carcinoma recti komplicirt war, bei welcher er 8 Wochen vor normalem Ende der Schwangerschaft die künstliche Frühgeburt eines lebendigen Kindes einleitete und erzielte und Bose 14 Tage später das Rectum nach der sacralen Methode Kraske's exstirpirte, schließen zu dürfen, dass ein Carcinoma recti in demselben Sinne, in dem es hier die Indikation zur Einleitung der Frühgeburt gab, d. h. um eine operative Heilung der Mutter zu ermöglichen, unter bestimmten Verhältnissen auch die Anzeige für den künstlichen Abort bieten kann. Man wird unbedingt L. zustimmen müssen, dass es ein bedenkliches Wagstück wäre, die Mastdarmexstirpation bei bestehender Schwangerschaft auszuführen, weil man sich da auf kaum zu bewältigende Blutungen gefasst machen muss, während man deren Beherrschung durch Unterbrechung der Schwangerschaft leicht ermöglicht; außerdem giebt L. zu erwägen, dass die Ausführung der Operation bei bestehender Schwangerschaft doch höchstwahrscheinlich die Unterbrechung derselben im Gefolge haben würde; der auf diese Weise zu Stande kommende Abort würde aber den Heilungsvorgang an

der Operationswunde ernstlich bedrohen. Die Chancen der Operation würden aber durch länger dauerndes Zuwarten ungünstiger, da ein offenbar im raschen Fortschreiten begriffener, zur Zeit noch exstirpirbarer Mastdarmkrebs einige Wochen danach inoperabel sein kann.

Dieser gewiss sehr interessante und in der Litteratur bis jetzt vereinzelte Fall hat noch dadurch besondere Bedeutung gewonnen, dass er der Ausgangspunkt einer puerperalen Endemie wurde, die sich auf 2 Neugeborene erstreckte, welche beide an einer erysipelatösen Entzündung der Haut zu Grunde gingen, und auf eine Wöchnerin, welche die schwere puerperale Infektion glücklich überstand. Die Übertragung von der Carcinomkranken hatte durch eine Hebammenschülerin stattgefunden. Praktisch hat die Mittheilung gerade für Hebammen eine große Bedeutung; sie kann denselben klar machen, dass sie nicht nur von einer an »Kindbettfieber« erkrankten Wöchnerin aus den Hochschwangeren, Kreißenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen die Keime der Krankheit und des Todes zutragen können, sondern auch aus zahlreichen anderen Quellen; unter den zerfallenden Neubildungen, die für die Hand der Hebamme und Wochenpflegerin ganz besonders gefährlich werden können, weil sie sich ihrem Gesicht, unter Umständen auch ihrem Gefühl verbergen, möchte L. im Anschluss an seine Publikation das Carcinoma recti besonders denuncirt haben. **K. Ruhemann** (Berlin).

12) R. Pichevin (Paris). Der Missbrauch der Kastration.

(Nouv. arch. d'obstétr. et de gynécol. 1889. Oktober.)

So lautet der Titel einer Philippika, die P. gegen leichtsinniges Vorgehen in der Abdominalchirurgie loslässt, in welcher aber von Kastration am wenigsten die Rede ist. 3 Faktoren sind es nach P., welche die Leichtfertigkeit begünstigen: Anästhesie, Blutstillung und vor Allem die Antisepsis.

Vorsichtigerweise sind die Ausfälle P.'s meist in ganz allgemeiner Form gehalten und gelten auch nur Ausländern. Seine heftige Erregung hätte er sich nach unserer Ansicht aber vollständig ersparen können, da seine Anschuldigungen, besonders was sein Hauptthema, die Explorativincision, angeht, nur auf eine verschwindende Minderheit von Operateuren Anwendung finden können.

Es ist eine starke Behauptung, dass »man«, vermuthend, etwas Abnormes im Abdomen zu finden, oder auf das Symptom »Schmerz« hin sofort den Bauch aufschneide! Auch muss P. es wohl genau kennen, dass der Operateur nach einer Explorativincision, wenn er nichts Abnormes findet, sich daran begiebt, »Adhäsionen zu lösen«, um die Beistehenden über das Fruchtlose und Unnütze des Eingriffs hinwegzutäuschen. Ferner werden wir belehrt, dass gewisse Operateure, wenn sie einmal in die Lage kommen, eine andere Therapie verordnen zu müssen, dies gleichsam mit dem Messer in der Hand thun und nur auf einen Vorwand warten, radikal vorgehen zu können. **Heyder** (Leipzig).

13) Baldy. Die frühzeitige Diagnose der Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Med. record 1889. September 21. p. 309.)

B. wendet sich gegen die auch in diesen Blättern referirte Ansicht Reeve's, dass die frühe Diagnose der Extra-uterin-Schwangerschaft meist leicht zu stellen sei. Er formulirt seine Ansichten in folgenden Sätzen, die er dann im Einzelnen durch Fälle belegt: 1) In einigen Fällen kann die Diagnose in früher Zeit leicht gestellt werden; 2) in einer weit größeren Zahl sind viele Anzeichen vorhanden, welche die Annahme einer Extra-uterin-Schwangerschaft in frühem Stadium rechtfertigen und dennoch besteht sie nicht; 3) vielfach ist eine Diagnose erst durch die Erscheinungen der eingetretenen Ruptur des Sackes zu stellen. Diesen Ansichten wird sich gewiss die Mehrzahl der Ärzte anschließen, so wünschenswerth auch die Richtigkeit der Auffassung Reeve's sein mag. **Lühe** (Demmin).

14) E. Moravcsik (Budapest). Einige praktische Bemerkungen über Hysterie und Hypnotismus an der Hand eines Falles von kastrirter Hystero-Epilepsie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 2 und 3.)

M. theilt ausführlich einen Fall von Hystero-Epilepsie bei einem 20jährigen Mädchen mit. Aus dem reichen, sehr wechselnden Symptomenkomplex sei nur hervorgehoben, dass Pat. unter motorischen Insulten, Anästhesien, Ovaralgie und verschiedenartigen psychischen Anfällen zu leiden hatte. Da Prof. Tauffer beide Ovarien, besonders aber das linke, härter befand, außerdem einen kleinen Tumor in der linken Tube konstatirte, so führte er die Kastration aus. Nach derselben traten motorische Insulte nicht wieder auf, psychische Anfälle indessen hier und da. Auch diese blieben nach erneuter Behandlung in der psychiatrischen Klinik aus. Pat. hielt sich für geheilt; sie heirathete später.

M. lässt einen Bericht über die verschiedenen mit der Kranken angestellten hypnotischen Versuche folgen. Er bemerkt dabei, dass die Herbeiführung der Hypnose im Allgemeinen nicht so leicht ist, wie die Franzosen behaupten; ferner dass bei uns die Disposition bezüglich dieses Zustandes eine geringe ist. Die durch Charcot beschriebenen 3 Grade der Hypnose (Lethargie, Katalepsie, Somnambulie) hat er in regelmäßiger Aufeinanderfolge zu beobachten keine Gelegenheit gehabt.

Im zweiten Theil seiner Arbeit bespricht M. eingehend die Behandlung der Hysterie. Mit Recht betont er, dass in solchen Fällen, wo entweder eine erbliche Anlage oder gewisse, auf den abnormen Status des ganzen Organismus, besonders auf den des Nervensystems weisende Degenerationszeichen sich nachweisen lassen, eine absolute Heilung nicht zu erwarten ist. — Die in Anwendung kommenden therapeutischen Maßnahmen haben in erster Linie eine Kräftigung und Abhärtung des Körpers, so wie eine Beeinflussung der Psyche zum Zweck. Erst in zweiter Linie kommt die Behandlung der einzelnen Symptome, sei es auf medikamentösem oder elektrischem Wege oder durch die Hypnose, durch Suggestion in Betracht. Vor einer zu ausgedehnten Verwendung der letzteren warnt M.

Die Kastration hält er dann für indicirt, wenn die von den Ovarien ausgehenden Reizzustände unerträglich geworden sind und pathologische Zustände jener konstatirt werden. Der Erfolg der Operation im M.'schen Fall muss als ein sehr zufriedenstellender bezeichnet werden. **Graefe** (Halle a/S.).

15) Talbot Jones. Neue Entdeckungen in Bezug auf die eigentliche Natur der akuten Urämie.

(Northwestern Lancet 1889. Oktober 1. p. 253.)

Die neueren physiologischen und pathologischen Untersuchungen von Bouchard, Ritter und Feltz lassen es wahrscheinlich erscheinen, dass bei der mangelhaften Ausscheidung von Urin durch die Nieren weniger der Harnstoff oder das Ammoniak, wie früher angenommen, es sind, welche durch ihre Anhäufung im Blut schädlich einwirken, als vielmehr die Kalisalze. Wenn dieselben auch Kraft ihres hohen Diffusionsvermögens von gesunden Nieren leicht ausgeschieden werden, so werden sie bei kranken Nieren im Blut und zwar als Karbonate angesammelt. Wenn nun die Physiologie lehrt, dass in ihrer Gegenwart Eiweiß und andere Proteine leicht zersetzt werden, so wie ihre Einführung ins Blut zu Verminderung der Harnsäure und Vermehrung des Harnstoffs führt, so wird ihre schädliche Einwirkung verständlicher. Es werden nämlich toxische Fermente im Blut angehäuft; Bouchard hat 7 gefunden, von welchen 2 Krämpfe erzeugen, 1 (wahrscheinlich Harnstoff) diuretisch, 1 narkotisch, 1 sialagog, 1 pupillenverengend, 1 temperaturherabsetzend wirkt. Darauf fußend hat er sogar einen Fall von Urämie mit subkutanen Einspritzungen von Harnstoff behandelt.

Wenn sich diese Vorstellungen als richtig erweisen, so folgen hieraus für die Behandlung der Urämie und puerperalen Eklampsie ganz neue Gesichtspunkte: Vermeiden von kalireichen Nahrungsmitteln, Darreichen von Natronsalzen, Ein-

führung Alles dessen, was rasche Oxydirung der Darmfermente herbeiführt, Vermehrung der Muskelthätigkeit, Beseitigung von Bouillon und Fleischextrakten, welche Fermente enthalten, Einführung von Milchdiät, Nothwendigkeit der Darmdesinfektion und vor Allem auch Erregung der Thätigkeit der Leber, welche die Fermente zersetzt. **Lühe** (Demmin).

16) **Miller.** Gebärmutterblutung und deren Behandlung mittels Unterbindung der Arteriae uterinae.

(Med. record 1889. September 14.)

M. ist auf den Gedanken gekommen, bei auf andere Weise nicht stillbarer Gebärmutterblutung die beiden Arteriae uterinae zu unterbinden und hat das Verfahren schon 3mal mit Erfolg angewendet. Welcher Art seine Fälle waren, führt er nicht an. Die Ausführung der Operation ist leicht, man bedient sich einer gekrümmten Nadel, nachdem der Uterus genügend herabgezogen ist und stößt sie dicht am Cervix seitlich durch das Scheidengewölbe ein, von vorn nach oben und hinten, dann wieder abwärts und sticht dicht beim Einstich wieder aus. Wenn man nicht höher als zum oberen Ende des mittleren Drittels des Uterus geht, ist keine Gefahr vorhanden, Darm zu verletzen. Die Fäden bleiben 24 Stunden liegen. Auch für Hypertrophie und Entzündung möchte das Verfahren sich empfehlen.

Lühe (Demmin).

17) **Juhel Renoy.** Behandlung von Lebercysten mit antiseptischen Injektionen.

(Journ. de méd. et de chir. 1889. September.)

Verf. berichtet über einen Fall von Echinococcuscyste der Leber, der nach dem Verfahren von Debove behandelt war. Die Cyste wurde entleert, dann in dieselbe 125 g von Swieten'scher Lösung injicirt, die auf 35° erwärmt war und in der Cyste 10 Minuten verblieb. Diese wurde ausgespült, von Neuem gefüllt, ausgespült und entleert. Es trat definitive Heilung ein. Dasselbe Resultat hat Chauffard erhalten mit 150 g übersättigter Naphthollösung (1 : 2000). Diese Substanz hat den Vorzug, Zufälle zu vermeiden, welche das Sublimat hervorrufen könnte, welches bisweilen zur Stomatitis und zu Diarrhöen führte.

K. Ruhemann (Berlin).

18) **Alfred Smith** (Dublin). Ein ödematöser Fötus.

(Dublin med. journ. 1889. April.)

S. demonstrirt in der pathologischen Abtheilung der königl. medicinischen Akademie für Irland einen ödematösen Fötus mit völligem Mangel des Ductus thoracicus und der Mesenterialdrüsen. Veränderungen an anderen Organen, die sonst wohl Ödem verursachen, waren durchaus nicht vorhanden. Angaben über das Alter des Fötus fehlen. **Zeiss** (Erfurt).

Internationaler Kongress,

Abtheilung für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten.

Diejenigen in- und ausländischen Kollegen, die ein Interesse daran haben, ihre Vorträge und ihre in der Diskussion geäußerten Ansichten im Centralblatt für Gynäkologie referirt zu finden, bitte ich ***mir selbst*** *ihre Manuskripte zu übergeben. Ich wohne in Berlin, Hôtel continental.* ***Heinrich Fritsch.***

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS
JUL 22 1890

Centralblatt für GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 28. **Sonnabend, den 12. Juli.** **1890.**

Inhalt: X. Internationaler medicinischer Kongress zu Berlin 1890. — I. **Huzarski**, Beitrag zur Behandlung schwerer Anämie vermittels subkutaner Kochsalzinfusion. — II. **Bársony**, Inversio uteri. (Original-Mittheilungen.)

1) **Thomsen**, Tube und Ovarien in der Schwangerschaft. — 2) **Silex**, Äthernarkose. — 3) **Auvard** und **Pingat**, Hygiene des Kindes. — 4) **Pugliatti**, Hyperemesis. — 5) **Noble**, Tampon. — 6) **Gayet**, Augenblennorrhoe.

7) Gynäkologische Gesellschaft zu Berlin. — 8) **Arendt**, Massage. — 9) **Eisenberg**, Keimfreie Kuhmilch. — 10) **Küstner**, Nachblutung. — 11) **Drzymalik**, Verblutung bei Clitorisriss.

X. Internationaler medicinischer Kongress

zu Berlin 1890.

(Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.)

Geschäftsführer: Dr. A. Martin, Berlin NW., Moltkestraße 2.

Sonnabend, 2. August: 11 Uhr Eröffnung der Ausstellung.

Montag, 4. August: Erste allgemeine Sitzung 11—2 Uhr. Erste Sektionssitzung 4—5 Uhr. 9 Uhr Empfang und Begrüßung im Ausstellungspark.

Dienstag, 5. August: Sektionssitzungen 8—10, 11—1, 2—4 Uhr. 8 Uhr Fest der Stadt Berlin — Rathhaus.

Mittwoch, 6. August: Sektionssitzung 7—9½ Uhr. Zweite Allgemeine Sitzung 10—2 Uhr ev. Sektionssitzung 3—5 Uhr. 7 Uhr Sektionsdiner Flora Charlottenburg.

Donnerstag, 7. August: Sektionssitzung 7 resp. 8—10, 11—1, 2—4 Uhr. 7 Uhr Diner der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. — Hôtel Monopol. Allgemeiner Ball im Central-Hôtel resp. Philharmonie.

Freitag, 8. August: Sektionssitzung 7 resp. 8—10, 11—1, 2—4 Uhr. Abends Fest in Potsdam. Gesellige Unterhaltungen. Ausflüge nach den Städtischen Anstalten, Rieselfelder u. dgl.

Sonnabend, 9. August: Sektionssitzung 7 resp. 8—11 Uhr. Dritte Allgemeine Sitzung 12—3 Uhr. (Schluss des Kongresses.)
Sonnabend Abend: Fest der Berliner Ärzte.

I. Beitrag zur Behandlung schwerer Anämie vermittels subkutaner Kochsalzinfusion.

Von
Dr. St. Huzarski (Warschau).

Am Schlusse seiner Arbeit: »Über den Werth der subkutanen Kochsalzinfusion zur Behandlung schwerer Anämie«[1] äußert sich Münchmeyer folgenderweise: »Ich wollte nur an der Hand der in der königlichen Frauenklinik gemachten Beobachtungen ein neues, werthvolles und äußerst einfaches Hilfsmittel, das wir in der subkutanen Kochsalzinfusion anzuerkennen haben, zur Hebung schwerer Verblutungsgefahren vorschlagen, und weiter die Anregung dazu geben, dass von Seiten der Fachgenossen dasselbe in geeigneten Fällen geprüft werde und einschlägige Beobachtungen bekannt gegeben werden möchten.«

Angeregt durch diese Worte, erlaube ich mir einen Fall zu veröffentlichen, den ich kürzlich zu beobachten Gelegenheit hatte.

Frau S. R., 26 Jahre alt, gracil gebaut mit mäßigem Fettpolster, ist seit 7 Jahren verheirathet. Sie hat 4mal geboren und 1mal abortirt. Nach der ersten Geburt, bei der wegen Fußlage das Kind vom Arzte extrahirt wurde, hat sie eine Wochenbettskrankheit durchgemacht, die sie 5 Monate lang im Bette hielt. Die zweite Geburt war normal. Nach der dritten, ohne ärztliche Hilfe beendigten Entbindung hat sie wieder eine Wochenbettskrankheit durchgemacht, in Folge deren sich eine Lungenentzündung entwickelt hat. Im 6. Monat der jetzigen Schwangerschaft hat sich eine Blutung aus den Genitalien gezeigt, doch hörte sie auf bei ruhiger Bettlagerung. Ich wurde zu der Kreißenden den 19. November v. J. gerufen, um Hilfe beim Blutsturz zu leisten. Hier um 11 Uhr Morgens angelangt, erfuhr ich Folgendes: Die Kreißende ist 8 Monate schwanger, die ersten Wehen zeigten sich bei Nacht, um 10 Uhr Morgens ist die Blase gesprungen, wobei außer einer großen Menge Fruchtwasser viel Blut abfloss, und bei einigen folgenden Wehen zeigten sich aus der Scheide beide Füße der Frucht. Während der letzten Tage soll die Kreißende keine Fruchtbewegungen gefühlt haben. Laut den Worten der Kreißenden soll die Hebamme die Geburt vermittels Anziehen an den Füßen der Frucht zu beendigen versucht haben. Bei der Betrachtung fand ich Folgendes: Das Kind ist etwas über den Nabel geboren, die vorgefallene Nabelschnur pulsirt nicht, der Bauch der Frucht ist nach vorn gerichtet. Ich versuchte die Frucht mit ihrer vorderen Fläche nach hinten zu richten, was keine großen Schwierigkeiten darbot, dann extrahirte ich langsam das Kind an den Füßen; nach Extraktion des Rumpfes fand ich beide Hände längs des Kopfes ausgestreckt, die ich auf gewöhnliche Weise entwickelte, die Entwicklung des Kopfes bot keine Schwierigkeiten. Das Kind ist weiblichen Geschlechts, ziemlich gut entwickelt, frisch todt. Die Nachgeburt kam selbst zur Welt nach Ablauf einer Viertelstunde bei mäßigem Drücken des Gebärmuttergrundes. Während der Extraktion ist der Blutverlust sehr gering gewesen. Die Gebärmutter, gut zusammengezogen, steht mit ihrem Grunde in der Höhe des Nabels. Die Frau fühlt sich subjektiv ziemlich wohl, der Puls ist gut. Ich verordnete Secale cornu-

---

[1] Archiv f. Gynäkol. Bd. XXXIV. Hft. 3.

tum pulv., Wein und verließ die Wöchnerin um 12½ Uhr. Nach Ablauf einer Stunde wurde ich wieder zur Wöchnerin gerufen und erfuhr dort, dass ca. eine Stunde nach meinem Abschied die Kranke über Übelkeit, Ohrensausen und Kopfschwindel zu klagen begann und dass beim Druck durch die Hebamme auf den Grund der inzwischen sich vergrößerten Gebärmutter große Mengen von Blutgerinnseln aus den Genitalien sich gezeigt haben. Bei der Untersuchung fand ich Folgendes: Der Puls ist sehr schwach, das Gesicht ist blass, die Kranke ist bei vollem Bewusstsein; aus den Genitalien fließt Blut in mäßiger Quantität; der Gebärmuttergrund steht über dem Nabel. Ich machte eine Irrigation der Gebärmutter mit heißer 3%iger Karbollösung, wobei ich einige Blutgerinnsel entfernte. In der vorderen Wand des Gebärmutterhalses fand ich eine Zerreißung 2 cm lang, 1 cm breit und ½ cm tief mit zerfetzten Rändern. Die Gebärmutter ist gut zusammengezogen, die Blutung hat angehalten. Nach Darreichung von schwarzem Kaffee und Wein fühlt sich die Kranke subjektiv besser. Und doch nach Ablauf gewisser Zeit fängt die Kranke an, wieder über Überfüllung in der Brust, Kopfschwindel und Übelkeit zu klagen, der Puls ist schwach. Ich spritzte der Kranken unter die Haut zwei volle Pravaz'sche Spritzen Äther mit Kampher, wonach der Puls sich etwas gehoben hat. Trotz heißer Umschläge auf den Kopf und noch zweier Einspritzungen unter die Haut von Äther mit Kampher klagt die Kranke immer noch über Übelkeit, Kopfschwindel, der Puls ist schwach. Da der Zustand der Kranken immer drohender wurde und die Einspritzungen unter die Haut, so wie andere Excitantien nur eine vorübergehende Besserung zeigten, entschloss ich mich in Bezug auf die Zeichen schwerer akuter Anämie zur Vertretung des verlorenen Blutes mit Kochsalzlösung. Da ich aber keinen entsprechenden Apparat zur Hand hatte, machte ich der Kranken eine Irrigation in den Mastdarm von 1000 g 0,6%iger Kochsalzlösung. Danach fühlt sich die Kranke viel besser, der Puls hat sich gehoben und zählt 130 Schläge, Übelkeit und Kopfschwindel sind vorbei, die Lippen haben sich geröthet. Als ich sah, dass dieser Zustand anhielt, verließ ich die Kranke um 5 Uhr Nachmittags. Um 6 Uhr wurde ich wieder gerufen. Ich fand die Kranke nicht bei vollem Bewusstsein, der Puls ist klein und nicht zählbar, die Extremitäten kalt. Bei solch drohendem Zustande, der jeden Augenblick fatal endigen konnte, entschloss ich mich, die subkutane Kochsalzinfusion anzuwenden. Unter Beihilfe des Herrn Kollegen J. Rosenthal wurden der Kranken 900 g 0,6%iger Kochsalzlösung unter die Haut infundirt. Die ganze Operation lief folgenderweise ab: Wir bereiteten zuerst die 0,6%ige Kochsalzlösung, indem wir 6 g Kochsalz in 1000 g Aquae destillatae auflösten mit Zugabe von 1 g Natri bicarbonici und diese Lösung in einem reinen Gefäß zum Sieden brachten. Nachdem nun die Lösung bis zu 37° C. abgekühlt war, wurde sie in eine reine Flasche eingegossen. Zum Einspritzen wurde der Potain'sche Apparat benutzt, wobei der Gummipfropfen mit zwei Röhrchen in der mit der Kochsalzlösung gefüllten Flasche befestigt wurde. Bei gleichmäßiger und langsamer Bewegung des Stempels fing die Flüssigkeit an aus der Flasche in das Gummiröhrchen herauszufließen; nun fassten wir eine Hautfalte zwischen den Schultern, die wir früher mit Karbol gereinigt hatten und stachen den Trokar hinein, dann zogen wir das Stilett heraus und die Infusion war im Gange. Da wir aber nach Ablauf einer Zeit die infundirte Flüssigkeit, die eine Beule unter der Haut gebildet hatte, trotz der Massage nicht zu vertheilen vermochten, wurden wir gezwungen, den Rest der Flüssigkeit in das Unterhautzellgewebe der Nates zu infundiren. Auf diese Weise wurden der Kranken zusammen 900 g Kochsalzlösung unter die Haut infundirt, wobei es gelang, bei beständiger Massage die Flüssigkeit leicht in dem Unterhautzellgewebe zu vertheilen. Bei dem Einstich hatte die Kranke keine großen Schmerzen. Die Infusion selbst machte ihr keine Beschwerden. Bald nach der Infusion hob sich der Puls, obwohl er noch immer schwer zu zählen ist, der Allgemeinzustand besserte sich auch, Übelkeit und Kopfschwindel verschwanden. Wir verordneten starken Kaffee, Wein, heiße Umschläge auf den Kopf und verließen die Kranke. Um 10½ Uhr fand ich folgenden Zustand: Puls 130, gut zählbar, die Kranke ist ruhig, Kopfschwindel

und Ohrensausen sind verschwunden, von Zeit zu Zeit hat sie noch Übelkeiten, sie ist bei vollem Bewusstsein, subjektiv fühlt sie sich viel besser. Am 20. November um 10 Uhr Morgens folgender Zustand: Puls 120, die Kranke schlief etwas bei Nacht, hat großen Durst, Nachts hatte sie eine Stuhlentleerung, Urin lässt sie allein in kleiner Menge. Temperatur 38° C. Ich verordnete gekochtes Wasser mit Kognak, Wein, starke Brühe. Der Hebamme verbot ich Scheidenausspülungen zu machen und empfahl ihr, nur die äußeren Genitalien mit Karbollösung zu waschen und mit Karbolwatte zu bedecken. Abends war die Temperatur 38,3° C., der Puls 130. — Vom 21. bis 25. November fieberte die Kranke, wobei die Temperatur zwischen 38° und 39° C. schwankte. Während dieser ganzen Zeit hatte sie weder Bauchschmerzen noch Frösteln, die Lochien sind spärlich, geruchlos. Sie klagte nur über Schwäche und Kopfschmerzen. Verordnung: Alcoholica, Excitantia. Der Puls schwankte zwischen 100 und 120 Schläge. Am 26. November kein Fieber mehr. Pat. schien in die Rekonvalescenzperiode einzutreten, als plötzlich in der Nacht am 26. November ihr einziges Kind, das zu jener Zeit an Masern litt, Krämpfe bekommt, wonach sich schwere Lungenentzündung entwickelt, was die Kranke, welche ohnedies in sehr deprimirtem Zustande sich befand, dermaßen mitnimmt, dass sie schreckliches Frösteln bekommt, wonach die Temperatur bis 41° C. steigt. Vom 27. November bis zum 2. December schwankte die Temperatur zwischen 39,5° C. und 40,5° C. Das Frösteln wiederholte sich nicht mehr. Die Kranke litt an Durchfall, hustete ohne Lokalisation in den Lungen, litt an heftigem Herzklopfen, fühlte sich sehr schwach, ist sehr apathisch und hat ein Vorgefühl, dass das Kind gestorben ist, obgleich man ihr die Kunde verheimlicht hat. Es wurden Kefir, Alcoholica, Excitantia, Antipyretica verordnet. Die Kranke ist abgezehrt; es schien, dass sie dem fatalen Ende nicht entkommen konnte, als am 3. December die Temperatur bis 37,7° C. abgefallen ist, um sich von jener Zeit an nicht mehr zu heben. Lange Rekonvalescenz trat ein, es zeigte sich starke Hydrämie (Ödeme der Füße, Ischurie). Bei nahrhafter Kost und roborirender Behandlung (Eisenpräparate, Tonica) begann die Kranke zu sich zu kommen und war bereits nach 2 Wochen im Stande, das Bett zu verlassen. Im Januar d. J. besuchte sie mich, sie ist munter, sieht gut aus, keine Ödeme der Extremitäten mehr.

II. Inversio uteri.

Von

Dr. Johann Bársony,

I. Assistent an der Universitätsklinik des Prof. Kézmárszky in Budapest.

Die Hervorwölbung der Uteruswand in die Gebärmutterhöhle — Depressio parietis uteri —, von Winckel als partielle Paralyse der Placentarinsertionsstelle aufgefasst, ist keine seltene Erscheinung. Erwähnenswerther ist die komplete Einstülpung der Uteruswand — Inversio uteri —, wobei die Innenfläche des Fundus den äußeren Muttermund verlässt und in der Scheide als Geschwulst zu fühlen ist oder vor die äußeren Genitalien heraustritt und die Scheide *nach* sich zieht. Statistische Angaben gestatten keine sicheren Folgerungen. In der Ätiologie der Inversionen spielt die vernachlässigte oder *fehler*hafte Behandlung frisch Entbundener eine große Rolle. Das geschulte Personal der Gebäranstalten leitet nach den besten *Grund*sätzen die Gebärende über die Gefahren der Geburt und des Wochenbettes hinaus, in der poliklinischen Praxis kommen nur Abnormitäten zur Behandlung; somit lässt sich beides Material nicht vergleichen. Winckel sah zwar viele Depressionen, doch unter 17 000 Geburten

keine einzige Inversion, Denham in Dublin unter 100000 Geburten keinen einzigen Fall, C. Braun in der Wiener Gebäranstalt unter 250000 Geburten keinen einzigen; Zweifel bekam während seiner poliklinischen Thätigkeit zwei Inversionen zu Gesicht; Prof. Kézmárszky kann sich aus seiner klinischen und Privatpraxis nur auf 3 Fälle entsinnen — darunter 2 chronische.

Die Inversion kann in Folge von, die Uteruswand nach sich ziehenden Geschwülsten, am häufigsten aber nach vernachlässigter oder fehlerhafter Behandlung frisch Entbundener auftreten. Meine Mittheilung bezieht sich auf eine während der Geburt entstandene Inversion, welche vom therapeutischen Standpunkte der Erwähnung werth ist.

Die bekannte Therapie der Inversionen besteht in ihrer Reposition, und wenn die fruchtlos wäre, in der Amputation des invertirten Uterus. Je älteren Ursprunges die Inversion, desto schwieriger und aussichtsloser die Reposition, doch muss sie bei selbst sehr veralteten Fällen in erster Reihe versucht werden. Zur Reposition akuter Inversionen genügen meist die zwei Hände; sollte diese auch in Narkose ausgeführte Manipulation erfolglos bleiben, dann versucht man mit dem Kolpeurynter den Uterus unter ständigen Druck zu setzen, wobei der ständige Druck den Uterus, wie auch den rigiden Muttermund auflockert und der Uterus langsam unter kaum fühlbaren Schmerzen zurückweicht oder plötzlich von heftigen Schmerzen begleitet zurückschnellt. Bei alten Inversionen verkleben sich in Folge der Schwere des Uterus die Trichterwände: der Stiel selbst wird atrophisch und keine der Repositionsmethoden führt zum Ziel. In solchen Fällen tritt die Amputation in ihre Rechte.

Der Fall ist folgender: 26. Februar 1890. N. N., 23 Jahre alt, Seelsorgersgattin, menstruirte seit ihrem 15. Lebensjahre 4wöchentlich durch 4 Tage, machte 2 Geburten durch, einmal vor 19 Monaten mit normalem Wochenbett, zuletzt am 27. Oktober 1889 Mittags, also vor 4 Monaten. Bei der Aufnahme in die Anstalt giebt sie an, dass sie bei ihrer letzten Geburt wegen Placentaretention blutete und in Ohnmacht fiel; später erfuhr sie, dass die Hebamme mit Gewalt, mit Einführen ihrer Hand in die Scheide, die Nachgeburt entfernte. Die Ohnmacht hielt mit zeitweiliger Bewusstlosigkeit bis den nächsten Morgen an; im Wochenbett Schmerzen im Unterleibe und Fieberbewegungen 4 Wochen lang. Seit der Geburt blutet sie fast ununterbrochen, öfters auch heftig, so zwar, dass Blutcoagula abgehen; bei körperlichen Anstrengungen zeigt sich zwischen den Schamlippen eine eigroße Geschwulst. Vor einem Monat konsultirte Pat. einen Frauenarzt, der sie Anfangs unter Narkose mit Handgriffen, dann aber durch 3 Wochen mit Kolpeuryse zu heilen versuchte, doch ohne Erfolg.

Die bei der Aufnahme erfolgte Untersuchung ergiebt: In der Scheide eine nach oben gestielte, länglich eiförmige, frei bewegliche Geschwulst; um den Stiel der scharfe Rand des Muttermundes, der

sich in den Stiel der Geschwulst umschlägt. Bei bimanueller Untersuchung ist der Uteruskörper nirgends zu finden. — Inversio uteri completa.

Am 1. März Anwendung des Kolpeurynter, der zwar geringe Schmerzen verursacht, sonst aber gut vertragen wird, wie auch Pat. bei gutem Appetit bleibt, gut schläft und nicht fiebert. Von da an fortwährende Kolpeuryse durch 16 Tage, bei täglicher Reinigung der Kautschukblase und der Scheide. Nach diesen 16 Tagen keine Besserung; der Trichter ist nicht zu fühlen, so dass Prof. Kézmárszky an Schrumpfung des den Trichter bedeckenden Peritoneums, an die Verwachsung der Trichter-Stielwände denkt und sich beinahe zur Amputation entschließt.

Die intelligente Pat. ist Frau eines Seelsorgers, ihr Vater Richter, der an die Möglichkeit einer Zerstörung des Familienglückes in Folge der Amputation des Uterus denkt; bildet ja Impotenz einen Scheidungsgrund.

Nach 16tägiger Kolpeuryse 3 Tage Pause; am 20. März neuerdings Einführung der Blase, am 21. noch keine Besserung; Untersuchung in Knie-Ellbogenlage, wobei die bedeutende Beweglichkeit des Uterus nach seitwärts auffällt: der Uterus weicht bei jeder Berührung aus; diese Beweglichkeit hält Prof. Kézmárszky für den Grund der fruchtlos gebliebenen Kolpeuryse, da der Uterus seitwärts abwich und bloß an die Scheidenwand gedrückt wurde; damit diesem Umstande vorgebeugt werde, füllt Prof. Kézmárszky das Scheidengewölbe mit Jodoformgazestreifen aus, umpolstert mit demselben Stoffe den Stiel und den größten Theil des Uteruskörpers und lässt nun auf den, auf obige Weise in seiner Lage gesicherten Fundus den Kolpeurynter einwirken. In der folgenden Nacht schon heftige wehenartige Schmerzen; bei der am nächsten Morgen stattgehabten Untersuchung ist der Uterus aus der Scheide verschwunden, im Becken in gestreckter Stellung, etwas nach rechts und rückwärts in normaler Größe, unempfindlich und beweglich zu tasten; im Scheidengewölbe die breite, erodirte Portio. Vorsichtshalber noch einige Tage Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze. Seit der Zeit befindet sich Pat. ganz wohl und verlässt am 3. April gänzlich geheilt die Anstalt.

Zur manuellen Reposition von Inversionen hat nur Simpson die Knie-Ellbogenlage empfohlen; da aber in dieser Lage der bimanuelle Eingriff unmöglich ist, konnte sich diese Methode keine Anhänger erobern, fiel vielmehr der Vergessung anheim.

Im Verfahren Prof. Kézmárszky's halte ich die Befestigung des Uterus für wesentlich, zu deren Erreichung die Knie-Ellbogenlage zwar nicht unumgänglich nothwendig, doch empfehlenswerth ist, wie denn auch jeder Versuchanstellende sich von ihrem absoluten Vortheile jeder anderen Lage gegenüber überzeugen wird; die Scheidenwände erschließen sich und der Uterus ragt wie ein Pilz in das Lumen der Scheide hervor. Mir sind die Haltung des Uterus sichernde

Bemühungen unbekannt; man versuchte zwar mit Faden oder Museux'scher Zange die Portio zu fixiren, bezw. herabzuziehen, andererseits wieder mit einem durch die gegenüber gelegenen Theile der Muttermundslippen geführten Draht den Uterus in eine Schlinge zu fassen, doch war ersteres Vorgehen zur Ersetzung des bimanuellen Verfahren, letzteres aber zur Herstellung eines ständigen Druckes auf den Fundus, wie wir dies heute mit dem Kolpeurynter erzielen, berechnet. Die Haltung des Uterus wurde dadurch nicht gesichert.

Ich weiß zwar, dass ein, wenn auch günstig verlaufener Fall ungenügend ist, um an ein bei selbem in Anwendung gebrachtes Verfahren besondere Hoffnungen zu knüpfen; doch war die in diesem Falle befolgte Therapie eine so eklatant günstige, dass ich mich zur Empfehlung selber bei ähnlichen Verhältnissen ermächtigt fühle.

---

1) **H. Thomson** (Dorpat). Über Veränderung der Tuben und Ovarien in der Schwangerschaft und im Puerperium.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVIII, No. 1.)

T. fasst das Resultat seiner mikroskopisch-anatomischen Untersuchungen, ausgeführt an Kaninchengenitalien, in Folgendem zusammen:

1) Die Tuben gehen in der Schwangerschaft und im Puerperium recht beträchtliche Gewebsveränderungen ein. In der Gravidität wird das Bindegewebe blutreicher, succulenter und scheint auch etwas an Masse zuzunehmen. Die Muskulatur hypertrophirt, ähnlich wie die Uterusmuskulatur, nur in geringerem Grade. Im Puerperium bilden sich allmählich diese Veränderungen zurück, die Muskelzellen gehen einen regressiven Process ein.

2) Die Ovarien verändern sich in der Gravidität und im Puerperium der Struktur nach nicht nachweisbar.

K. Ruhemann (Berlin).

---

2) **P. Silex** (Berlin). Über die Äthernarkose.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 8.)

S., Assistent an der Berliner Universitäts-Augenklinik, empfiehlt auf Grund von ca. 2500 im Lauf der Jahre daselbst vorgenommenen Narkosen die Äthernarkose aufs wärmste. Ein Todesfall ist bei derselben nie vorgekommen trotz in manchen Fällen bis zu 2 Stunden fortgesetzter Narkose. Diese wird herbeigeführt mittels einer mit Watte ausgefüllten Wachsleinwandmaske, welche luftdicht auf Mund und Nase gelegt wird. Bei erregten und nervösen Personen und Potatoren ist es rathsam, zuvor eine Morphiuminjektion zu machen. Das Präparat muss gut und rein sein.

S. erwähnt, dass das Verfahren von allen amerikanischen Frauenärzten gerühmt wird.

Graefe (Halle a/S.).

---

3) **Auvard** und **Pingat**. Betrachtungen über frühere und moderne Hygiene des Kindes.

(Arch. de tocol. 1889. December.)

Die Verf. bringen einen Beitrag zur Geschichte der Bekleidung, Lagerung und Ernährung des Kindes. Eine große Zahl von Abbildungen dient zur Erläuterung des Textes; so sehen wir die ersten Bekleidungsgegenstände, eine Sammlung von Wiegen, von Vorkehrungen für die ersten Gehversuche und von Trinkgefäßen mit und ohne Saugevorrichtung. Besonders reichhaltig ist die Zahl der Abbildungen von Gegenständen aus den verschiedensten Gegenden Frankreichs und der französischen Schweiz. Der Aufsatz endet mit der Schlussfolgerung, dass die Hygiene des Kindes im Laufe der Jahrhunderte recht wenig Fortschritte gemacht habe.

Heyder (Leipzig).

---

4) **Pugliatti** (Novara). Unstillbares Erbrechen Schwangerer.

(Morgagni 1889. No. 7 u. 8.)

Haben alle anderen Mittel fehlgeschlagen, so dass man sich zum künstlichen Abortus entschließen muss, räth Verf. zur Einführung eines 6—10 mm dicken Bougies, welches er 5—6 cm hoch in den Uterus einschiebt. Nach 2 oder 3 Stunden wird dieses durch ein 2—3 mm dickeres und eventuell durch ein drittes um eben so viel stärkeres nach abermals 2 oder 3 Stunden ersetzt. Letzteres verbleibt dann in der Gebärmutter so lange, bis durch eine gewisse Zeit (ein paar Stunden) deutliche Kontraktionen beobachtet wurden. Die Methode ist ungefährlich, die Eihäute werden nicht verletzt; im schlimmsten Falle hat man den Vortheil, dass man das untere Uterinsegment für die Vornahme von anderen Eingriffen günstig vorbereitet hat.

Dies der Schluss und das Neue der ausführlichen Arbeit, die, wie die meisten italienischen, mit großem Fleiße und großer Litteraturkenntnis verfasst wurde.

Liebman (Triest).

---

5) **Noble**. Der Gebrauch des Tampons in der Schwangerschaft.

(Med. record 1889. September 14. p. 285.)

N. empfiehlt den Glycerintampon bei einer ganzen Reihe von Zuständen auch während der Schwangerschaft. So war er von bester Wirkung bei reizender Scheidenabsonderung und eben so auch bei Übelkeit und Erbrechen, indem er die Turgescenz der Gewebe herabsetzt und daher die davon bedingten Reflexerscheinungen mindert. Bei Lageveränderungen und Einklemmungen kann er nur dann von günstigem Einfluss sein, wenn starke Schwellung die manuelle Reposition verhindert. Auch bei der von Vielen geleugneten Einklemmung des anteflektirten schwangeren Uterus sah N. einen guten Erfolg; dieser Zustand wird durch Kontraktion der hinteren Bänder

durch Parametritis und vorderen Verwachsungen des Fundus ausnahmsweise eintreten können. Erweiterung und Verlängerung der Cervix in der Schwangerschaft wird günstig durch den Tampon beeinflusst, bei Prolaps giebt es nichts Besseres. Dysurie in Folge von Druck ist eine der häufigsten und lästigsten Erscheinungen; ein Paar kleine Glycerinwattebäusche an den Blasengrund schaffen sofort Erleichterung. Die größten Erfolge aber werden bei Cervixrissen erreicht, welche von früheren Entbindungen zurückgeblieben sind und äußerst häufig zu entzündlicher Schwellung und Abort Veranlassung geben. Dieser kann durch die Tamponade oft noch verhütet werden, wenn er selbst unmittelbar bevorzustehen scheint (?). Nach der Entbindung pflegt N. dann längere Zeit noch Pessare tragen zu lassen und ist oft erstaunt gewesen, wie viel kleiner schließlich der früher große Cervixriss dann geworden ist.

Lühe (Demmin).

---

6) **Gayet** (Lyon). Behandlung der Augenblennorrhoe.

(Province méd. 1890. No. 6.)

Auch G. empfiehlt aufs dringendste als Prophylaxe gegen die gonorrhoische Augenentzündung der Neugeborenen das Credé'sche Verfahren mit 2%iger Höllensteinlösung. **Sack** (Langensteinbach).

Kasuistik.

7) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 13. Juni 1890.

Vorsitzender: Herr Olshausen; Schriftführer: A. Martin.

Der Vorsitzende widmet dem unlängst verstorbenen Mitglied der Gesellschaft, Herrn Otto von Haselberg, tief empfundene Worte der Erinnerung: die Gesellschaft ehrt sein Andenken in der üblichen Weise.

Der Bericht über die Festschrift wird verlesen.

Herr Heyder berichtet sodann über die Revision der Kasse, welche er im Verein mit Herrn Thamm am 3. Juni 1890 vorgenommen. Die Kasse ist richtig befunden worden und wird Decharge beantragt. Der Vorsitzende spricht dem Kassenführer den Dank der Gesellschaft aus.

I. Demonstration von Präparaten.

1) Herr Olshausen stellt 2 nach Kaiserschnitt Genesene vor, vor 27 resp. 28 Tagen operirt. In dem einen Fall handelte es sich um einen knochenharten Tumor, welcher, von der Gegend der rechten Articulatio sacro-iliaca ausgehend, in der Größe einer großen Faust die rechte Beckenhälfte größtentheils ausfüllte und auch in die linke noch stark hineinragte. Die Sectio caesarea war hier absolut indicirt. Die zweite Wöchnerin ist eine Rachitica von 121 cm Größe mit allgemein verengtem Becken und einer Conj. diag. von 7,3 cm.

Die Operation wurde in beiden Fällen in gleicher Weise ausgeführt. Der Schlauch wurde erst nach Entwicklung der Frucht fest angezogen und blieb jedes Mal 10—11 Minuten liegen. Die Uterusmuskulatur wurde, wie schon in anderen von O. operirten Fällen, für sich genäht derart, dass die Nähte dicht hinter dem Peritoneum eingestochen, dicht vor der Schleimhaut ausgestochen wurden. Es wurden 10 oder 12 Nähte angelegt und zwar in diesen beiden Fällen von Katgut.

Das Peritoneum wurde durch fortlaufende Katgutnaht vereinigt. Die Heilung erfolgte fast fieberlos, ohne Zwischenfälle.

Von den Kindern ist leider das eine in der 4. Woche gestorben, das andere am Leben und gesund.

2) Herr Krukenberg zeigt eine größere Zahl von Echinococcusblasen und Membranen von Hirsekorn- bis Hühnereigröße, deren Charakter als Echinococcuscysten 2 mikroskopische Präparate außer Frage stellen. Die Art des Echinococcus ist der Hydatidosus mit endogener Bildung der Tochterblasen.

Dieselben sind von einer 26jährigen Primigravida im 7. Monat durch die normalen Harnwege spontan entleert worden. Ende April suchte die Frau wegen eines pustulösen Ekzems der Vulva die Klinik auf; obgleich der Heilverlauf des Ekzems ein normaler war, fieberte Pat. bis Ende Mai, ziemlich stark remittirend, ohne nachweisbare Ursache.

Der des öftern durch Katheter entleerte Urin zeigte durchaus normalen Befund; die einzigen Klagen der Frau bildeten anfallsweise auftretende Schmerzen in der rechten Weiche; nachweisen ließ sich dort außer Narkose nichts Krankhaftes.

Am 28. Mai entleerte sie zum ersten Male ein Spitzglas gelbgrünlichen nicht übelriechenden Eiters mit den sagokornähnlichen Blasen darin. Dieser Eiterabgang wiederholte sich noch 3mal, zuletzt heute Morgen, doch wurden in der Zwischenzeit auch mit dem Urin Echinococcuscysten entleert. Anamnestisch ließ sich feststellen, dass bereits vor 2 Jahren einmal ein Abgang derartiger Blasen mit dem Urin stattgefunden hatte, damals ohne Eiterbeimengung.

Der Sitz des vereiterten Echinococcussackes wurde nicht mit Sicherheit konstatirt. Die Narkoseuntersuchung ergab unterhalb des deutlich fühlbaren unteren Randes des rechten Leberlappens eine gegen links unzweifelhaft vermehrte Resistenz, die der rechten Nierengegend und dem Sitz der Schmerzen der Pat. entsprach; der Schall über derselben war bei tiefem Eindrücken gedämpft-tympanitisch.

Sicher vermittelte demnach der rechte Ureter den Eiterabfluss; die meist völlig normale Urinbeschaffenheit ließ an einen Sitz des Echinococcus in der Leber oder im perirenalen Gewebe denken. Andererseits legten die Angabe der Pat., dass schon vor 2 Jahren ein Abgang von Blasen stattgefunden habe, und der Sitz der gefundenen Resistenz den Gedanken nahe, dass die gänzlich außer Funktion gestellte rechte Niere das erkrankte Organ sei. — Therapeutisch wurde abwartendes Verhalten bis nach stattgefundener Entbindung angerathen.

3) Herr J. Veit: Das Myom, welches ich Ihnen hier nach seiner Ausstoßung vorlege, stammt von einer Pat., welche mit der sog. Elektrolyse von mir behandelt worden ist. Es ist der 5. Fall derart, in dem ich vor der elektrischen Behandlung ein intramurales Myom annehmen zu müssen glaubte und in dem während der Behandlung der Tumor submukös wurde. Das klinische Zeichen, welches mich auf diesen Ausgang hinwies, war in diesen Fällen der vollkommene Misserfolg der Behandlung mit dem elektrischen Strom, so weit es sich um den Blutabgang handelt. Die Blutungen nahmen in so starker Weise überhand, dass irgend wie geholfen werden musste. Ich erweiterte den Cervix mit Laminaria, fand den Tumor in die Höhle hervorragend, spaltete die Kapsel, enucleirte den Tumor in diesem Fall nur z. Th. Der Rest kam, allerdings stark in Zersetzung, nach 3 Tagen spontan.

Der Grund dieser Demonstration besteht darin, dass in der relativ großen Zahl von 5 Myomen, die ich in kurzer Zeit auf ganz gleiche Weise sich verändern sah, doch ein Hinweis mir zu liegen scheint, dass die sog. Elektrolyse die Wirkung der Ausstoßung eines Myoms aus seinem intramuralen Bett haben kann. Das ist verständlich, weil wir schon lange wissen, dass der elektrische Strom Kontraktionen auslöst und diese können das erwähnte Resultat herbeiführen. Praktisch scheint mir dies in so fern auch von Werth zu sein als man jedenfalls bei Zunahme der Blutungen durch die Elektrolyse an diesen Vorgang denken und den Cervicalkanal dilatiren soll.

Die Ätzwirkung auf die Schleimhaut ist zwar auch hier vorhanden gewesen,

sie blieb aber ohne jeden Einfluss auf die Blutungen. Das Verschwinden der Myome durch den Strom habe ich noch nicht beobachtet, die Ausstoßung der Myome aus der Wand durch die Stromwirkung nach dem Peritoneum würde mir übrigens die symptomatische Besserung unter dem Einfluss der elektrolytischen Behandlung erklären.

Ich möchte also durch meine Fälle die kontraktionserregende Wirkung des Stromes unterstützen, wenn auch die mystischeren Einwirkungen, so weit sie sich nicht durch Kontraktionen erklären lassen, mir noch nicht erwiesen scheinen.

II. Herr Winter. Zur Behandlung der Steißlagen.

Anknüpfend an einen von Dührssen in seinem Vortrag »Über die Bedeutung der tiefen Cervix- und Scheidendammincisionen« erwähnten Fall von Steißlage, welche durch Herunterholen des Fußes und Extraktion beendet wurde, so wie an die daran geschlossene Lehre, dass dies Verfahren das beste sei, die Geburt zu beendigen, auch wenn der Steiß tief im Becken stehe, beabsichtigt Vortr. die Grundsätze über die Behandlung der Steißlagen zu fixiren und durch neues Material zu begründen.

So lange der Steiß über dem Becken stehe, soll bei Gefahr für Mutter und Kind der Fuß heruntergeholt werden; nur über die Indikation dazu könnte man noch verschiedener Ansicht sein, das Verfahren selbst ist berechtigt. Anders dagegen steht es mit dem sogenannten prophylaktischen Herunterholen des Fußes mit nachfolgendem spontanen Verlauf oder späterer Extraktion; bei Mehrgebärenden hat man selten dazu Gelegenheit, weil bei dem schnellen Geburtsverlauf selten Gefahren für Mutter oder Kind drohen; bei Erstgebärenden vertreten eine Reihe von Geburtshelfern noch den Standpunkt, dass das prophylaktische Herunterholen des Fußes in manchen Fällen dem spontanen Verlauf vorzuziehen sei; z. B. Spiegelberg bei resistentem Beckenboden und enger Vulva, Litzmann bei allgemein verengtem Becken.

Dr. Hoffmann hat in einer Dissertation »über die Prognose der Beckenendlagen« zusammengestellt, dass die Extraktion am Steiß unter 157 Steißlagen 20mal nöthig wurde und darunter nur 15mal indicirt war; da nur 3 Extraktionen am Steiß unglücklich verliefen, so kann man nicht behaupten, dass man aus Furcht vor etwaigen Gefahren den Fuß prophylaktisch herunterholen müsse.

Das Herunterholen des Fußes mit nachfolgendem spontanen Verlauf oder späterer Extraktion ist aber für das Kind auch gefährlich, weil nach dem intra-uterinen Eingriff durch Umschlingungen und Insulte der Nabelschnur und durch die Manipulationen am Kind dasselbe asphyktisch werden kann; von 4 Kindern, welche nach dem Herunterholen des Fußes in utero zunächst verblieben, starben 2 ab und 2 konnten nur durch schnell vorgenommene Extraktion noch gerettet werden; von 11 Kindern, welche nach dem Herunterholen des Fußes sofort extrahirt wurden, starb nur eins. Das prophylaktische Herunterholen des Fußes ist also gefährlich; womöglich soll man immer die Extraktion folgen lassen.

Steht der Steiß im Becken, so kann man die Geburt beendigen durch Herausdrängen des Steißes und Umwandlung in Fußlage oder durch die Extraktion am Steiß; ersteres Verfahren ist schwer und gefährlicher für Mutter und Kind bei tief im Becken stehenden Steiße als die Extraktion am Steiß, letztere ist mit dem Finger unsicher; der Haken kann den Finger nur bei todtem Kinde ersetzen. Das Einbringen einer Schlinge ist sehr beschwerlich; es gelingt am besten mit einem Schlingenträger; alle Schlingen von Leinewand und Seidenstoff können Verletzungen an der kindlichen Haut machen; das beste Instrument zur Extraktion am Steiß ist nach Verf. der Schlingenträger nach Bunge (Centralblatt für Gynäkologie 1883 No. 47); derselbe besteht aus einer nach Art des stumpfen Hakens gebogenen hohlen Metallhülse, in welcher eine Gummischnur verläuft. Dieselbe trägt unten eine Spitzkugel, welche mit einem Seidenfaden armirt ist; wenn das Instrument angelegt ist, wird an dem Seidenfaden die Schnur zwischen den Schenkeln hervorgezogen und der Haken wieder abgenommen. Die Extraktion wird dann mit der Schlinge vorgenommen.

Vortr. hat 3 Fälle damit sehr leicht erledigt und hat vor Allem in einem Falle, wo eine manuelle Extraktion unmöglich gewesen wäre, das Instrument schätzen gelernt; er glaubt dasselbe empfehlen zu können. Das Herausdrängen des tief im Becken stehenden Steißes glaubt Vortr. besser durch die Extraktion am Steiß mittels des Bunge'schen Schlingenträgers ersetzen zu sollen.

Herr Dührssen ist ebenfalls ein Gegner des Vorschlages, bei Iparen mit Steißlage prophylaktisch den Fuß heruntersuholen. Wo in solchem Fall eine Indikation zur Beendigung der Geburt auftritt, lässt sich der Widerstand der Weichtheile durch Incisionen beseitigen, es lassen sich hierdurch Verhältnisse schaffen, die denen bei Multiparen entsprechen. Dohrn hat ja schon statistisch nachgewiesen, welche Gefahren für das Kind mit dem Herabholen des Fußes bei Steißlage verbunden sein können. Desshalb holt D. prophylaktisch den Fuß nur bei plattem Becken und bei Nabelschnurvorfall herunter. Den Gefahren, die hierdurch manchmal für das Kind entstehen, begegnet D. durch die Extraktion, die in diesen Fällen in der Regel möglich sein wird. Ist bei Steißlagen eine Indikation zur Beendigung der Geburt vorhanden, so versucht D. in allen Fällen, wo man nicht schon in beide Hüftbeugen mit dem Finger einhaken kann, in tiefer Narkose den Steiß aus dem Becken zu drängen und einen Fuß heruntersuholen. Dieser Versuch ist ihm stets auch in schwierigen Fällen, also bei stärkerer Ausziehung des unteren Uterinsegmentes, bei gänzlich wasserleerem Uterus Erstgebärender, verhältnismäßig leicht gelungen — viel leichter als die Applikation des stumpfen Hakens, die D. einmal im Beginn seiner geburtshilflichen Thätigkeit bei in der Beckenweite stehendem Steiß ausgeführt hat. Trotzdem es sich um eine Multipara handelte, machte, wie auch in dem einen Fall von Winter, die Einführung des Hakens in die Hüftbeuge größere Schwierigkeiten. D. ist überzeugt, dass in diesem Falle das Herausdrängen des Steißes aus dem Becken viel leichter gewesen wäre und glaubt, dasselbe auch von dem Winter'schen Fall annehmen zu dürfen. Dass in den beiden anderen Fällen Winter's die Extraktion mit der Gummischlinge leicht gelungen ist, kann man nicht dem Herunterholen des Fußes gegenüberstellen, denn in diesen beiden Fällen würde wohl auch die einfache manuelle Entwicklung des Steißes zum Ziel geführt haben. Auch hat D. für diese Fälle, wo der Steiß bereits im Beckenausgang steht, die Extraktion am Steiß concedirt, in allen Fällen aber, wo der Steiß noch über dem Beckenboden steht, wird D. zunächst immer den Fuß heruntersuholen suchen und erst, wenn dies nicht gelingt, die Extraktion am Steiß in Angriff nehmen.

Herr Veit: Wenige Worte nur über die Oberschenkelfrakturen; ich glaube nicht, dass sie durch die Schlinge entstehen können, ich kenne keinen Fall in der Litteratur. Auch der lege artis eingeführte eine Finger kann keine Fraktur machen, mit der größten Leichtigkeit gelingt dies aber, wenn man Zeige- und Mittelfinger in die Hüftbeuge einführt — oder bei Missbildungen. Ich habe zweimal ohne starken Zug mit dem einen eingeführten Zeigefinger einen Oberschenkel zerbrochen, beide Mal bestand kongenitale Luxation des Oberschenkels, die natürlich die mechanischen Verhältnisse der Hüftbeuge wesentlich veränderten. Übrigens bestand beide Mal Spina bifida und Hydrocephalus.

Herr Jaquet: Die Frage, ob man bei Steißlagen einen Fuß prophylaktisch herunterholen solle oder nicht, beschäftigt mich so lange als ich Geburtshilfe treibe. Mein erster Lehrer, Prof. Hayn in Königsberg, verhielt sich dieser Frage gegenüber positiv, mein zweiter, Prof. E. Martin in Berlin, dagegen negativ. Da ich nun an beiden den genannten Herren unterstellten Kliniken als *Assistent* thätig gewesen bin, so habe ich beide Methoden genügend erproben können. Ich bin danach zu der Überzeugung gekommen, dass es rationell ist, bei allen Steißlagen den Fuß prophylaktisch herunterzuholen, sobald der Muttermund vollständig erweitert ist, und wenn zugleich der Querdurchmesser der kindlichen Hüften in einem schrägen Durchmesser des Beckeneinganges steht. Wenn diese *beiden* Bedingungen erfüllt sind, dann ist der Eingriff nicht nur für die Mutter, sondern auch für das Kind völlig gefahrlos, da die Prognose für das letztere bei Steißlagen und unvollkommenen Fußlagen gleich ist. Ich füge hinzu, dass ich an das

Herunterholen des Fußes die Extraktion nicht sogleich anschließe, sondern damit warte, bis sie durch besondere Umstände indicirt wird. Ich halte das prophylaktische Herunterholen des Fußes desshalb für geboten, weil, wenn die Beendigung der Geburt nachher aus irgend einem Grunde erforderlich wird, dieses selbst nicht mehr statthaft ist und alle anderen Extraktionsmethoden für das Kind gefährlicher sind als die Extraktion am Fuße: keine Steißzange taugt etwas; der stumpfe Haken, der hakenförmig eingesetzte Finger und die Schlinge haben alle den gleichen Nachtheil, dass man damit das Os femoris frakturirt, denn nicht das Material des Extraktionsmittels, sondern die Kraft des Zuges ist das frakturirende Moment. Auch die Expression des Fötus und das Herausdrücken des Steißes vom Mastdarm aus befriedigt mich nicht. Wer sich nicht zum prophylaktischen Herunterholen eines Fußes entschließen kann, wird hinterher, bei zögerndem Geburtsverlauf, wie z. B. bei alten Erstgebärenden, oft viele Stunden bei der Kreißenden, die er jetzt nicht mehr verlassen darf, nutzlos zubringen müssen; er wird ferner, sobald eine Indikation zur Beendigung der Geburt Seiten des Kindes eintritt, vor das fatale Dilemma gestellt werden, entweder das Kind sterben zu lassen oder es den Gefahren einer Hüftgelenksfraktur auszusetzen; er wird drittens endlich, wenn die Mutter sofort entbunden werden muss, sich zwar ohne Bedenken dazu verstehen die Knochen des Kindes der Mutter zu opfern, die Vorwürfe seitens der Angehörigen werden ihm dafür aber nicht erspart bleiben.

Herr Veit: Der Unterschied zwischen Herrn Winter und Herrn Dührssen scheint mir keineswegs sehr erheblich zu sein, wenigstens was das prophylaktische Herabholen des Fußes anlangt. Theoretisch kann man ja auch bei Nabelschnurvorfall hiervon sprechen, in Wirklichkeit ist aber hier der Eingriff meist sofort oder wenigstens sehr bald indicirt: in den übrigens recht seltenen Fällen von einfacher Steißlage mit Nabelschnurvorfall tritt die Kompression der Schnur nur zu bald ein. Mit dem platten Becken, verhält es sich analog; ist der Steiß im Becken, so wird Niemand desswegen operiren, ist er noch über dem Becken bei vollkommen erweitertem Muttermund, so entspricht es der prophylaktischen Wendung bei Schädellage hier den Fuß heruntersuholen. Ist der Muttermund hier noch eng, so wartet man besser, nicht etwa weil man nicht mit Hilfe des Accouchement forcé die Extraktion machen könnte, sondern weil man aus der Enge des Muttermundes entnehmen kann, dass die Wehenthätigkeit noch nicht kräftig genug war, um die Mutter vor atonischen Nachblutungen zu schützen. Der Steiß wird aber meist eintreten und nur selten ein Hindernis im Eingang finden.

Im Allgemeinen halte ich also mit Herrn Winter die prophylaktische Streckung des Fußes bei Steißlagen für überflüssig. Selbst wenn man mir zahlenmäßig beweist, dass die Resultate der Steißlagen durch das Herabstrecken eben so gut sind wie die bei spontanem Verlauf, so würde ich darin noch nicht den Beweis ihrer Nothwendigkeit erblicken: erreiche ich in der Geburtshilfe auf zwei Wegen eben so Bescheid, eben so sicher das gleiche Ziel, so ziehe ich den naturgemäßen vor. Ausnahmsweise werden aber immer Fälle vorkommen, in denen man sich doch zum prophylaktischen Operiren veranlasst sehen kann.

Ein Unterschied zwischen Herrn Winter und meinen Gewohnheiten liegt in der Anwendung der Schlinge. Steht der Steiß sehr tief, ist er sichtbar, drückt er auf den Beckenboden, so wird man unter kräftiger Expression von außen auf jedem Wege zum Ziele kommen; hier brauchen wir keine komplicirten Apparate und ich stehe keinen Augenblick an den hakenförmig gekrümmten Finger hier anzuwenden und zu empfehlen. Die von Bunge angegebene Art der Schlinge wird hier immerhin in Folge des Gummiüberzuges weniger Schaden ausüben als die früheren; aber für nothwendig halte ich das Instrument hier nicht.

Steht der Steiß höher, so finde ich die Anwendung der Schlinge nicht bequem und vor Allem nicht alltäglich genug, während das Herabholen des Fußes vollkommen den Handgriffen der Wendung entspricht und uns Allen ganz geläufig ist. Man muss, wie Herr Dührssen mit Recht bemerkt, nur tiefe Narkose anwenden, und ich empfehle Ihnen auf das wärmste zum Herunterstrecken des Fußes die Seitenlage der Frau; man erleichtert sich diese kleine segensreiche Manipulation

(selbst bei recht tief stehendem Steiß möglich) sehr erheblich. Dass man mit der Schlinge zum Ziel kommt, leugne ich nicht, aber der Geburtshelfer ist mit dem Handgriffe zur Herabstreckung durch die Wendung verbunden.

Herr Glöckner: In Fällen, wo sich das Tiefertreten des bereits mit einem gewissen Segment ins Becken eingetretenen Steißes trotz guter Wehenthätigkeit längere Zeit verzögert, liegt bisweilen eine abnorme Einstellung des Steißes vor. Ich beobachtete eine Steißgeburt, welche bei kräftiger Wehenthätigkeit stundenlang nicht fortschreiten wollte und fand als Ursache hierfür den Steiß mit der Hüftbreite im geraden Durchmesser des mäßig platten Beckens stehend. Die nach vorn gelegene Hinterbacke stemmte sich hinter dem oberen Drittel der Schamfuge fest an. In Seitenlage gelang es leicht, durch Druck auf die nach vorn gekehrte Hüftgegend und das links-seitlich gerichtete Kreuzbein, letzteres mehr nach vorn zu drehen, wodurch die Hüftbreite in den linken schrägen Beckendurchmesser zu stehen kam. Der Erfolg dieser Rechtstellung des Steißes war eklatant, indem die Geburt kurze Zeit nach der Vornahme dieser einfachen Manipulation rasch vorwärts schritt.

Herr Olshausen ist nicht für das Eingreifen, da es für das Kind seiner Meinung nach einen großen Unterschied ausmacht, ob es extrahirt oder in langsamem Fortschreiten ausgestoßen wird. Naturgemäß kommen diese Fragen fast nie bei Primiparen in Betracht. Herr O. stimmt in diesem Punkte durchaus nicht mit Spiegelberg überein, der gerade für Iparen das Herabholen des Beines prophylaktisch empfohlen hat. Gerade hier ist eine langsame Entwicklung, besonders mit Rücksicht auf den nachfolgenden Kopf, sehr wichtig.

Nabelschnurvorfall ist ja bei einfachen Steißlagen selten. Bei engem Becken wird es schwerer einen allgemein gültigen Satz aufzustellen. Bei manchen Komplikationen von Seiten der Mutter empfiehlt auch Herr O. das prophylaktische Herabholen des Fußes, besonders bei Placenta praevia, oder bei primärer Wehenschwäche.

Herr Jaquet sieht gerade für die Fälle von Nabelschnurvorfall in dem einen emporgeschlagenen Bein einen Schutz für das Kind. Er betont, dass das Herabholen des einen Fußes entschieden ungefährlich ist, wenn der Muttermund vollkommen erweitert ist und der Steiß schräg gestellt wird.

Herr Winter: Die Indikation des Nabelschnurvorfall verlangt natürlich das prophylaktische Herunterholen des Fußes; das platte Becken kann er nicht gelten lassen.

Der Ansicht von Jaquet kann er nicht beitreten; es wäre von großem Interesse die Resultate desselben, welche durch das gerade entgegengesetzte Verfahren gewonnen sind, kennen zu lernen.

Das Herausdrängen des Steißes aus dem Becken muss er entgegen der Ansicht von Dührssen und Veit doch für schwieriger und gefahrvoller halten als die Extraktion mit dem Bunge'schen Schlingenträger.

---

8) E. Arendt (Berlin). Die Behandlung der Frauenkrankheiten nach Thure Brandt.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 1—3.)

A. hat durch einen Aufenthalt bei Thure Brandt selbst dessen Methode kennen gelernt. Er schildert sie in dem vorliegenden Aufsatz in gedrängter Kürze. Derselbe ist von Thure Brandt durchgesehen und mit Bemerkungen versehen worden.

Hier eine Beschreibung der Verfahren, welche Brandt bei der Behandlung der verschiedenen Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane anwendet, zu geben, würde zu weit führen. Es muss in Betreff derselben auf das Original verwiesen werden. Ref. wird sich darauf beschränken, die wesentlichsten Punkte, insbesondere einige bisher wenig bekannte hervorzuheben.

Thure Brandt beschränkt sich nicht auf eine örtliche Behandlung der weib-

lichen Unterleibskrankheiten. Er verbindet sie mit einer gymnastischen Allgemeinbehandlung. Diese besteht besonders in solchen Bewegungen, welche das Blut vom Becken ableiten, seltener demselben zuführen. Erstere sind indicirt bei Meno- und Metrorrhagien, bei allen entzündlichen Zuständen der Beckenorgane und deren Residuen, die zuleitenden bei Amenorrhoe, bei Atrophia uteri, bei allzu großen Menstruationspausen, bei einzelnen Formen der Dysmenorrhoe, bei Chlorosis.

Brandt untersucht die Pat., indem sie mit dem Rücken etwas erhöht liegen, die Beine an den Unterleib angezogen sind. Er führt den linken Zeigefinger nicht zwischen den Schenkeln, sondern unter dem linken ein. Der Daumen wird stark abducirt; die 3 letzten Finger liegen auf dem Perineum. Die Abtastung der Beckenorgane wird dadurch erleichtert, dass die Pat. während der Untersuchung der linken Seite die linke Hüfte, während der der rechten Seite die rechte erhebt. Die Därme gleiten alsdann nach der entgegengesetzten Seite. Die erste Untersuchung nimmt Brandt außerdem noch in stehender Stellung und per rectum vor.

Die Massage der Unterleibsorgane soll nur von den Bauchdecken, nie vom Rectum oder der Vagina aus ausgeführt werden. Im Allgemeinen ist, der Richtung der Lymphgefäße folgend, centralwärts zu massiren; der Uterus selbst in der Regel nur auf der hinteren Fläche und den Seitenkanten. Bei Retrodeviationen darf auch die vordere Fläche bearbeitet werden. Vor und nach jeder Massage lässt Brandt gymnastische, fast immer das Blut aus dem Becken ableitende Bewegungen vornehmen.

Leichte Massage (Leichtreibung) ist indicirt bei Atrophia uteri (mit Ausnahme der sogenannten infantilen), hier mit zuleitenden Bewegungen, ferner bei Hyperinvolution in Folge des Puerperium oder der Laktation, bei Blutungen nach Abort (!), mögen Abortreste im Uteruscavum sein oder Atonia uteri sich eingestellt haben; bei sogenannter chronischer Atonie. — Die Reibungen des Uterus gehen vom Fundus dem Isthmus zu, von den Kanten die Parametrien entlang nach der Beckenwand. Bei Endometritis cervicis, bei venösen, durch Anschwellung charakterisirten Stauungen in demselben wird der Cervix besonders, vom Orificium ext. aufwärts nach dem Isthmus zu massirt. Brandt behauptet, auf diese Weise stets auch die Erosionen ohne Adstringentien oder Ätzmittel geheilt zu haben.

Die Massage von peri- und parametritischen Exsudaten, Adhäsionen, fixirten Ovarien, Narbensträngen erfordert stets ein langsames und vorsichtiges Vorgehen; erst allmählich darf man kräftiger und anhaltender massiren.

Die Sondenreposition des retroflektirten Uterus verwirft Brandt völlig. Eines der wichtigsten Kapitel seiner ganzen Lehre handelt von der Massage bei den Retrodeviationen der Gebärmutter. Gerade dieses erfordert aber eine ausführliche Beschreibung der verschiedenen Griffe und Maßnahmen, soll es überhaupt verstanden werden. Es muss daher auf das Original verwiesen werden.

Dasselbe gilt von der Behandlung der Prolapse. Es sei hier nur erwähnt, dass A., Brandt folgend, das Wesentliche derselben in Uterushebungen, durch welche die normale Anteversionsstellung erreicht wird, sieht, nicht, wie dies von anderer Seite geschehen, in der sogenannten Knietheilung, welche eine Stärkung des Beckenbodens bezweckt.

Die A.'sche Arbeit ist als eine werthvolle Ergänzung der im Lauf der letzten Jahre erschienenen Litteratur über die Thure Brandt'sche Methode zu begrüßen.

Graefe (Halle a/S.).

9) Eisenberg (Wien). Über keimfreie Kuhmilch und deren Verwendung zur Kinderernährung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 11 u. 12.)

Die ganze Arbeit, die sich größtentheils mit der Geschichte der Milchsäuregährung befasst und eigentlich nichts Neues bietet, gipfelt in dem Vorschlage: der Billigkeit und Einfachheit wegen den Verschluss der Glasflaschen bei Soxhlet pilzdicht und nicht luftdicht zu machen, d. h. anstatt der Kautschukpfropfe Watte zu verwenden.

Torggler (Innsbruck).

10) **O. Küstner** (Dorpat). **Die Behandlung der Post-partum-Blutungen.**

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 1.)

K. empfiehlt Blutungen, welche aus tiefgehenden Damm-, Scheiden- und Cervixrissen stammen, durch die Naht zu stillen. Er verschweigt dabei nicht, dass die der Cervixrisse, falls sich die Portio vaginalis nicht mittels Hakenzangen in die Vulva ziehen lässt, in der Praxis ohne Assistenz eine sehr schwierige sein kann.

Die Post-partum-Blutungen ex atonia uteri sind, wie Verf. mit Recht betont, oft die Folge einer zu schnellen Entleerung des Uterus von seinem Inhalt. Jener muss sich erst dem veränderten Füllungsgrad accommodiren; bis dies geschehen, setzen die rhythmisch auftretenden Wehen aus. Man soll daher nach der Geburt des Kopfes den Kindsrumpf nur langsam extrahiren oder seine Ausstoßung ganz den Wehen überlassen. Die Nachgeburtsperiode lässt K. in seiner Klinik fast ausschließlich abwartend behandeln. Wenn dies nicht angängig, warnt er, die Placenta zu exprimiren, ehe nicht spontan wiederholte Nahwehen aufgetreten sind.

Bei Besprechung der Behandlung atonischer Post-partum-Blutungen empfiehlt Verf. außer den bekannten Mitteln die Dührssen'sche Jodoformgazetamponade, welche er bisher in 8 Fällen mit Erfolg angewandt hat. Er hält sie gleich geeignet zur Bekämpfung rein atonischer Blutungen, wie solcher, welche aus Cervixrissen oder pathologisch degenerirten Uterusgefäßen (2 solche Fälle werden mitgetheilt) stammen.

Graefe (Halle a/S.).

11) **Drzymalik** (Zolkiew). **Verblutung aus einem Schleimhautriss zwischen Clitoris und Urethra.**

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 18.)

Die Beobachtung, besonders werthvoll in forensischer Hinsicht, betrifft eine 24jährige Igravida im 8. Monat. Dieselbe, von einer plötzlichen Ohnmacht ergriffen, wollte sich an die Wand einer Hausflur anlehnen, rutschte jedoch an derselben herunter, blieb besinnungslos am Boden liegen, wo sich schnell eine große Blutlache zeigte. In den Hofraum getragen, gab sie bald ihren Geist auf.

Die Sektion ergab nirgends am Körper Zeichen einer äußeren Gewaltthätigkeit. Befund der Brustorgane fehlt, vom Uterus wird angegeben, dass derselbe dem 8. Lunarmonat gemäß seiner Größe entsprach; nach seiner Eröffnung zeigte sich eine Zwillingsschwangerschaft, beide Placenten waren seitlich und hoch inserirt, der Uterus überall intakt, der innere Muttermund, so wie der Cervicalkanal mit glasiger Sulze verstopft. Unmittelbar über der Harnröhrenöffnung ein Riss von der Gestalt eines mit der Spitze nach hinten gekehrten weiten Winkels, in der Spitze die Urethraöffnung; die beiden Seiten des Winkels betrugen 2—3 cm. Vagina und Umgebung zeigten keine Veränderung, so dass D. diesen Schleimhautriss, der spontan durch das Ausgleiten bei ausgespreizten Beinen entstanden sein soll, als die Quelle des Verblutungstodes ansieht.

Torggler (Innsbruck).

Internationaler Kongress,

Abtheilung für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten.

Diejenigen in- und ausländischen Herren Kollegen, die ein Interesse daran haben, ihre Vorträge und ihre in der Diskussion geäußerten Ansichten im Centralblatt für Gynäkologie referirt zu finden, bitte ich ***mir selbst*** *ihre Manuskripte zu übergeben. Ich wohne in Berlin: Hôtel continental.* ***Heinrich Fritsch.***

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS
JUL 30 19
für

Centralblatt

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 29. Sonnabend, den 19. Juli. 1890.

Inhalt: I. **H. Fehling,** Einige Bemerkungen zur Ätiologie der Myome und zur Methode der Myomotomie. — II. **H. Fritsch,** Die Resultate der aseptischen Laparotomien. (Original-Mittheilungen.)

1) **Truzzi,** Traubenzucker. — 2) **Abbott,** Augenbinde. — 3) **Deroubaix,** Perineorrhaphie. — 4) **More Madden,** 5) **Byrne,** Gebärmutterkrebs.

6) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Leipzig. — 7) **Frommel,** Bildungsanomalie.

I. Einige Bemerkungen zur Ätiologie der Myome und zur Methode der Myomotomie.

Von

H. Fehling.

In der jüngst erschienenen 10. Aufl. von Schröder's »Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane« von Hofmeier findet sich wie in den früheren Auflagen die Angabe, dass die große Mehrzahl der mit Myomen behafteten Frauen verheirathet sei, und zwar waren nach Schröder von 792 Myomkranken 77,5% verheirathet, und 22,5% ledig. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch Leopold (Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVIII), er findet auf 140 Myomoperationen 81% Verheirathete und 19% Unverheirathete, auf 400 Myomkranke 79% Verheirathete, 21% Ledige.

Daraus wird nun der zuerst wohl von Winckel aufgestellte Schluss gezogen, dass Ledige seltener an Myom erkranken als Verheirathete. Mir war von jeher das Gegentheil aufgefallen und ich habe daher Herrn Dr. Schuhmacher veranlasst in seiner Dissertation diese Verhältnisse zu untersuchen. Da diese Dissertation (Ein Beitrag zur Ätiologie der Uterusfibromyome, Basel 1889) wie es scheint, nicht bekannt geworden ist, so sehe ich mich veranlasst, die Hauptergebnisse derselben hier kurz mitzutheilen.

Es ist falsch einfach die Zahl der Verheiratheten der der Ledigen gegenüber zu stellen; man muss die Zahl der verheiratheten und

ledigen Myomkranken mit der der auf der Klinik überhaupt verpflegten Verheiratheten und Ledigen, sowie auch der in der betreffenden Altersklasse in toto vorhandenen Verheiratheten und Ledigen vergleichen.

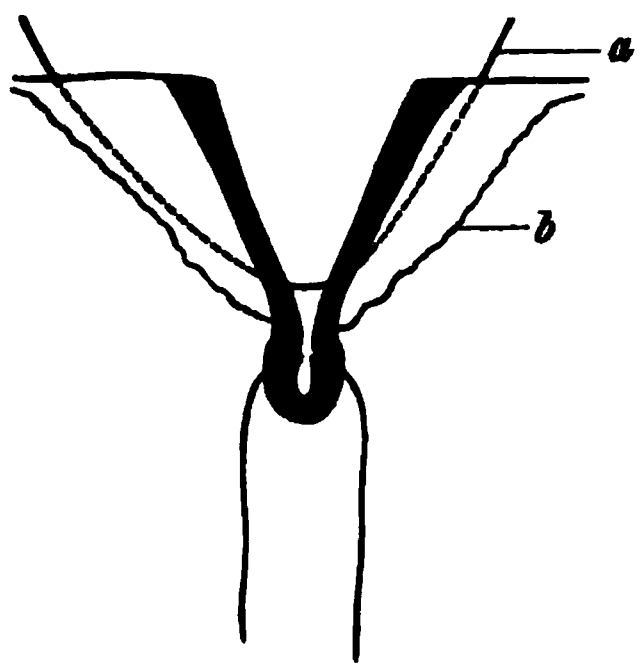
In der Basler Klinik kamen auf 1754 gynäkologisch Kranke 83% Verheirathete und 17% Ledige, also ein Verhältnis von 5:1. Unter 189 Fällen von Myomen waren aber 65,6% verheirathet, 34,4% ledig also 2:1. In der Zahl der Gesammtbevölkerung finden sich im Alter von 21—60 Jahren auf 3 Verheirathete 1 ledig; von 30—50 Jahren auf 3,4 Verheirathete 1 ledig.

Aus diesen Zahlen lässt sich gewiss leicht und ungezwungen der Schluss ziehen, dass unter den Myomkranken die Ledigen verhältnismäßig überwiegen; das absolute Überwiegen der Verheiratheten ist durch die Zahlen der Gesammtbevölkerung erklärt.

Ich bin überzeugt, dass eine ähnliche Berechnung für andere Kliniken und Länder angestellt ähnliche Ergebnisse liefern wird. Es ist ja dann sehr verständlich, dass, wenn Myome häufiger, als wir bisher glaubten, angeboren oder schon vor der Geschlechtsreife vorhanden sind, die regelmäßig wiederkehrenden menstruellen Kongestionen bei Ledigen, wo Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wegfallen, Anlass zur Entwicklung von Myomen geben.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch einen von mir gemachten Vorschlag zur Operationstechnik der extraperitonealen Behandlung der Myome anführen (s. Korrespondenzbl. f. Schweier Ärzte 1889 No. 21) welcher weder von Hofmeier noch von Leopold erwähnt wird.

Um den Heilungsvorgang bei extraperitonealer Methode abzukürzen, trage ich jetzt möglichst bald, womöglich zwischen dem 14.—21. Tag den Stumpf mittels der Schere dicht unterhalb der elastischen Ligatur ab; hält man sich hierbei dicht an die elastische Ligatur, so ist keine Nachblutung zu fürchten. Sobald dann der Wundtrichter sich gereinigt und im unteren Theil verengt hat, nehme ich die sekundäre Vereinigung der bei der ersten Operation unvereint gebliebenen Bauchdecken, mit Vermeidung des naheliegenden Bauchfells vor (s. Figur).



Frontalschnitt des Trichters (schematisch).
a Naht. *b* Bauchfell.

Der Trichter wird nach genauer Desinfektion desselben so wie der umgebenden Haut ausgekratzt, sodann die Hautwundränder minimal angefrischt und nun die Bauchwunde mittels tiefer und oberflächlicher Silberdrähte genäht; an der Stelle des Cervicalkanals wird ein dünner Drain eingelegt. Die Heilung wird so wesentlich abgekürzt. Diese Methode der Sekundärnaht habe ich in den letzten 5 Fällen mit Erfolg ausgeführt.

Ich habe so bei 30 Fällen extraperitonealer Stielbehandlung nach

Myomotomie 27 Heilungen erzielt und 3 verloren, also nur 10% Mortalität und nicht 21% (3 auf 14) wie Leopold (l. c.) angiebt.

Hierunter sind viele schwere Operationen, intraligamentäre Ausschälungen, Ablösungen der Blase, selbst 1mal mit Verletzung derselben, Fälle von Operation bei schon verjauchten und in Ausstoßung begriffenen Myomen.

Es lassen sich so die Vortheile der extraperitonealen Methode Hegar's mit dem Nutzen wesentlicher Zeitersparnis verbinden.

II. Die Resultate der aseptischen Laparotomien.

Von Heinrich Fritsch.

In No. 10 des Centralblattes 1890 für Gynäkologie beschrieb ich einen Apparat zur sofortigen Bereitung von sterilisirtem Wasser. Der Apparat war Mitte Oktober 1889 in Arbeit gegeben und wurde nach mehreren Änderungen im December fertig gestellt. Nachdem schon eine Porro-Operation mit sterilisirtem Wasser ausgeführt war, wurde nach dem in No. 10 beschriebenen Verfahren erst von Anfang Februar ausschließlich operirt.

Schon überall hatte man, wenn ich so sagen darf, Vorstöße gemacht, die Antisepsis der Asepsis zu opfern. Ich versage mir auf das Theoretische der ganzen Frage einzugehen, da ich wirklich zu so weitschweifigen Auseinandersetzungen augenblicklich wenig Zeit habe. Auch glaube ich, dass über die theoretische Berechtigung der Asepsis kaum Worte zu verlieren sind. Denn Wer wird bei den neuesten bakteriologischen und pathologischen Anschauungen noch für das Übermaß der ätzenden Antiseptica schwärmen?

Technisch bestand nur die große Schwierigkeit, das sterilisirte Material zur Wundbespülung stets reichlich und sicher zur Hand zu haben. Brachte die Wärterin aus der entfernten Küche das abgekochte Wasser, so waren doch der Fehlerquellen so unendlich viele möglich, dass man Den für leichtsinnig halten müsste, der dies unsichere Material verwendete.

Durch den a. a. O. beschriebenen Topf habe ich die Frage, wie das sterilisirte Wasser zu beschaffen, meines Erachtens völlig gelöst. Gegenüber den vielen Briefen von Kollegen, die mir ihre Bedenken gegen das »Wagnis« äußerten, möchte ich hier Allen gleichzeitig antworten, dass von einem Wagnis gar nicht die Rede ist. Kann man bei Beherrschung der Methode aseptisch oder steril gewonnene Fleischstücke jahrelang steril konserviren, so muss es doch auch gelingen, eine Wunde durch Desinfektion der äußeren Haut, durch Operiren mit bakterienfreien Händen, Instrumenten und Nahtmaterial keimfrei zu erhalten. Und gelang es bisher nicht, so ist eben die richtige Methode noch nicht errungen. Möglich muss es unbedingt sein.

Lernten wir nun allmählich mehr und mehr die innewohnende bakterienvernichtende Kraft des lebenden gesunden Gewebes kennen, sahen wir, dass es eine Funktion des menschlichen Organismus ist,

sich gegen Bakterien zu wehren und sie zu besiegen, so musste mehr und mehr unser Bestreben darauf gerichtet sein, die Gewebe zu stärken, nicht sie durch ätzende Lösungen zu schwächen. Antiseptica aber, welche die Funktion der einzelnen Zelle nicht schädigten, gab es kaum. Man mochte zu Flimmerzellen, die hier gleichsam ein Testobjekt bilden, zusetzen was man wollte, selbst reines Wasser: die Funktion wurde geschädigt. Nur die physiologische Salzwasserlösung erhielt die physiologische Funktion. Ich besonders beobachtete, wie ich auch von der praktischen, technischen Seite in dem Vortrag über 60 Laparomyomotomien aus einander setzte, dass jede Beeinträchtigung der physiologischen Funktion des Peritoneum große Gefahren hatte.

Durch alle diese Überlegungen und Erfahrungen kam ich zu der Überzeugung, dass die Peritonealhöhle ganz gewiss von Chemikalien frei bleiben muss.

Ich richtete desshalb in der deutschen med. Wochenschrift No. 19 1890 an die Fachgenossen die Aufforderung mit sterilisirter 0,6%iger Kochsalzlösung zu operiren.

Dabei blieb ich freilich die empirischen Beweise schuldig und ich beeile mich nunmehr ganz kurz, mich, auf die hier doch am meisten entscheidenden Bauchschnitte beschränkend, den Beweis für die Vortrefflichkeit der Methode zu liefern.

Ich habe vom 12. Februar bis 4. Juli 52 Laparotomien aseptisch gemacht, nachdem schon vorher mehrere Laparotomien, wenn auch nicht ganz streng aseptisch, günstig operirt waren; die immerhin geringe Zahl ist darauf zurückzuführen, dass gerade in diese Zeit der Umzug aus der alten Klinik in die neue fiel, und desshalb zeitweise die operative Thätigkeit eingeschränkt werden musste.

Ich lasse zunächst eine Tabelle der Fälle folgen.

No.	Journal-Nummer	Name der Pat.	Operation	Tag der Aufnahme	Tag der Entlassung	Bemerkungen
1	315	Wirsoski	Große intra- und extraperitoneal gelagerte Ovarialcyste. Schwierige Operation. Parenchymatöse Blutung aus Adhäsionen und Geschwulstbett.	12. Febr.	28. Febr.	
2	320	Kühn	Ovariotomie.	18. »	3. März	
3	317	Kohazek	»	23. »	10. »	
4	328	Sauermann	»	25. »	16. »	
5	336	Strecker	Tuberkulöser Pyosalpinx. Einnähen des großen nicht zu entfernenden Wundsackes nach Ausschälung der Tube.	3. März	19. »	
6	340	Iwanow	Enukleation eines intramuralen Myoms und doppelseitige Kastration.	7. »	13. April	
7	341	Kircher	Ovariotomie.	7. »	21. März	
8	342	Olbrecht	»	7. »	25. »	
9	345	Smolna	»	14. »	1. April	
10	353	Sperlich	Myomotomie. Enukleation aus dem Beckenzellgewebe. Tamponade d. in die Bauchdecken eingenähten Sackes.	26. »	19. »	

			angefüllten, blutenden Douglas-schen Tasche.			
17	22	Schwetz	Tuberkulöser Ascites. Laparotomie.	30. »	12. »	
18	26	Butzker	Tuberkulöser Ascites. Ablassen per Laparotomiam.	1. Mai	16. »	
19	27	Opitz	Ovariotomie.	1. »	14. »	
20	29	Zeiske	Früher Kastration gemacht. Jetzt unklarer Tumor im Lig. lat. dextrum. Laparotomie: unexstirpirbarer, kleinhöckeriger maligner Tumor. Schluss nach Fixirung der Diagnose.	3. »	23. »	
21	30	Anders	Ovariotomie. Kolossaler Tumor. Ödem der Bauchdecken. Myomatöse Massen sind bis unter den Rectus gewandert. Totale Verwachsung mit der Beckenserosa. Höchst unsaubere Operation. In der Tiefe des Beckens und zwischen der Muskulatur der Bauchdecken bleibt eine große fetzige, blutende Höhle zurück.	1. »	15. »	Pat. bekam mehrere Male Ileus, der jedes Mal durch Magenspülungen beseitigt wurde. Nach Mittheilung d. Mannes ist Pat. i. d. Heimat später a. Kachexie z. Grunde gegangen.
22	32	Rechnitz	Ovariotomie.	3. »	17. »	
23	37	Baupach	Ascites bei Carcinoma ovarii. Incision. Ablassen.	7. »	16. »	
24	39	Fechner	Ovariotomia duplex.	7. »	21. »	
25	40	Wehlau	Ovariotomie.	7. »	19. »	
26	41	Wixorek	»	8. »	19. »	
	42	Scharmann	»	8. »	21. »	
	45	Jander	Ascites. Incision. Ablassen.	9. »	24. »	Dieselbe Pat. wie 336.
	50	Ginella	Großer Ovarientumor. Anasarca. Cylindrom.	14. »	14. Juni	
	63	Scholz	Leichte, glatte Kastration wegen Dysmenorrhoe, Hystero-Epilepsie, Retroflexio irreponibilis.	15. »	19. Mai †	Tod an Hyperemesis.
	64	Krüsel	Stieltorsion. Ovariotomie bei Peritonitis.	16. »	29. »	
	75	Küttner	Typische Laparomyomotomie. Extraperitoneale Stielversorgung.	21. »	4. Juli	
	77	Kibel	Kastration.	23. »	20. Juni	
	78	Weigmann	Ovariotomie.	22. »	7. »	
	79	Rieger	Laparotomie bei großem Exsudat.	24. »	20. »	Mit granulirender klein. Höhle entlassen.
	81	Völkel	Typische Laparomyomotomie.	29. »	6. Juli	
	93	Prause	Ovariotomie.	30. »	11. »	

No.	Journal-Nummer	Name der Pat.	Operation	Tag der Aufnahme	Tag der Entlassung	Bemerkungen
38	96	Stöger	Typische Laparomyomotomie.	7. Juni		Noch in d. Klinik.
39	98	Strähler	Carcinoma corporis. Nach vergeblichem Versuch der vaginalen Totalexstirpation Laparotomie. Auch von oben ist der Uterus nicht zu entfernen, da das Carcinom den Uterus durchbrochen und allseitige Verwachsungen herbeigeführt hat.	4. »	22. Juni	Ungeheilt, nach Heilg. d. Bauchwunde entlassen.
40	99	Bartsch	Typische Laparomyomotomie.	4. »	5. »	
41	100	Seiler	Ovariotomie.	5. »	17. »	
42	101	Skupnik	Früher Laparotomie gemacht. Jetzt Operation e. Bauchhernie. Exstirpation des ganzen Bruchsackes.	5. »	16. »	
43	107	Emilie Wolff	Kastration.	7. »	21. »	
44	109	Handel	Typische Laparomyomotomie.	4. »	5. Juli	
45	114	Forell	» »	12. »	18. Juni †	Tod durch Ileus. Bei der Sektion findet sich eine fibrinöse Verklebung einer Dünndarmschlinge. Aufwärts enorme Füllung, abwärts Darm absolut collabirt.
46	115	Ochs	Entfernung der Adnexe bei Salpingitis und Perioophoritis.	12. »	24. »	
47	129	Rzepka	Großes Exsudat, Incision, Entleerung.	22. »		Noch in d. Klinik.
48	138	Alex	Laparomyomotomie.	2. Juli		Noch in d. Klinik.
49	144	Exner	Ascites bei Ovarialcarcinom. Incision.	3. »		« » » »
50	151	Paul	Sarcoma ovarii.	4. »		» » » »

Außer diesen Operationen wurde noch eine oben erwähnte Porro'sche Operation und ein Kaiserschnitt gemacht, bei welchem der Verlauf ein völlig glatter war.

Es wurden also mit Asepsis operirt vom 12. Februar bis 4. Juli 52 Fälle und zwar

Porro'sche Operation	1
Kaiserschnitt	1
Ovariotomie	23
Laparomyomotomie	9
Kastration	7
Exsudat	3
Incisionen bei Ascites bezw. Probeincision	7
Hernia abdominalis	1
	52

Davon starben: Eine Kastrirte an Hyperemesis. Diese Todesart habe ich bisher nur noch einmal, ebenfalls nach einer Kastration bei Hysterie erlebt. Ohne Fieber, ohne eine Spur peritonitischer Erscheinungen, dauert das Erbrechen vom Erwachen aus der Narkose bis zum Tode an. Die Pat., schon vorher sehr schwach und kachektisch, erlag der Inanition.

Ferner starb eine Laparomyomotomirte an einem Ileus, was ebenfalls nicht mit irgend einer Operationsmethode in Zusammenhang gebracht werden kann.

Ich glaube durch diese Fälle, unter denen sich eine Anzahl sehr leichter aber auch enorm schwerer Laparotomien befanden, den Beweis erbracht zu haben, dass die aseptische Methode gute Resultate giebt.

Es wurden außerdem noch 11 Totalexstirpationen, sämmtlich mit gutem Erfolg, eine große Anzahl Fistel- und Prolapsoperationen, Perineoplastiken und Emmet'sche Operationen ausgeführt. Bei diesen Operationen halte ich mich nicht streng an die aseptische Methode, da es hier ziemlich gleichgültig ist, wie man verfährt. Vor Allem kam es mir darauf an zu zeigen, dass die Laparotomien bei Asepsis eine bessere Prognose geben als bei Antisepsis.

Die Methode besteht also einfach darin, dass nach Säuberung der äußeren Haut der Pat. und der Hände des Operateurs, nach Wasserdampf-Sterilisation der Tücher, Schwämme und Instrumente vom ersten Hautschnitt an nur sterilisirtes Wasser gebraucht wird. Die Reinigung der Hände des Operateurs, der Schwämme und der Instrumente geschieht allein in sterilisirtem Wasser. Bis zum Anlegen des Verbandes kommt kein chemisches Desinficiens mit der Wunde in Berührung.

---

1) **Truzzi** (Mailand). Traubenzucker.

Mailand, 1889. 47 S.

Anknüpfend an die wichtigen und nicht genug gewürdigten, sich hauptsächlich auf Säugethier-Embryonen beziehenden, Studien von Moriggia (Rom 1873) hat Verf. 81 Untersuchungen auf Traubenzucker sowohl im Fruchtwasser als im Blute, Harn und Meconium menschlicher Früchte angestellt. Alle sich auf diesen Gegenstand beziehenden Untersuchungen nicht italienischer besonders deutscher Autoren finden in dieser schönen Arbeit geziemende Berücksichtigung. Verf. stellt am Schlusse folgende Corollarien auf:

In einigen Eitheilen kommt zweifellos gewöhnlicher, rechtsdrehender Traubenzucker vor. Im Fruchtwasser der Kühe kommt während der ganzen Tragzeit sehr viel Zucker vor, nur gegen Ende derselben nimmt die Zuckermenge etwas ab. Im menschlichen Fruchtwasser ist die Zuckermenge viel geringer, gegen das Ende der Schwangerschaft verschwindet der Zucker vollständig oder bleibt nur in Spuren vorhanden. Im menschlichen Placentarfötalblute kommt konstant ziemlich viel Zucker vor.

Die Untersuchungen des Verf. beziehen sich ausschließlich auf die letzten drei Schwangerschaftsmonate; es scheint aber in den ersten Monaten die Zuckermenge größer zu sein.

Der Fötalharn ist in den letzten drei Monaten sehr arm an Zucker oder gar vollständig zuckerfrei.

Das Meconium fand Verf. (im Gegensatze zu Moriggia und Zweifel) stets reich an Zucker.

Verf. ist der Ansicht, dass sich Traubenzucker im fötalen Organismus bilde und dass dieses Produkt aus dem Fötus theils durch direkte Harnentleerung in das Fruchtwasser, theils vermittels osmotischer Processe durch die Wand der Nabelschnurgefäße in das Fruchtwasser komme.

Alle diese Thatsachen sprechen gegen die Annahme, dass (wenigstens beim Menschen) das Fruchtwasser zur Ernährung des Fötus diene. **Liebman** (Triest).

---

2) **Abbott.** Eine geburtshilfliche Augenbinde.

(Med. record 1889. September 21. p. 317.)

Zur Verhütung der Ophthalmia neonatorum wird folgendes Verfahren vorgeschlagen:

Sobald das Kind geboren ist und der Geburtshelfer auf das Aufhören der Pulsation in der Nabelschnur wartet, wird das Gesicht des Kindes mit feuchtem aseptischen Zeug abgewaschen, dann über die Augen eine gleichfalls aseptische Binde fest umgelegt und mit einer Sicherheitsnadel befestigt. Darauf wird die Nabelschnur unterbunden und das Kind in Flanell gewickelt bei Seite gelegt, bis die Wärterin sich mit ihm beschäftigen kann. Seit Einführung dieses Verfahrens hat A. keine Ophthalmia neonatorum mehr gesehen. **Lühe** (Demmin).

---

3) **Deroubaix** (Bruxelles). Ein Blick auf die moderne Chirurgie und die Perineorrhaphie.

(Bull. de l'acad. de med. de Belg. 1889. T. III. No. 11. p. 705.)

In seiner sehr ausführlichen Abhandlung schlägt Verf. ein neues Verfahren der Perineorrhaphie vor, welches sich an das von Emmet anlehnt. Die plastischen Methoden, insbesondere die von L. Tait, verwerfend, ist D. für das natürlichste Verfahren der einfachen Naht bei entsprechender Anfrischung. Die Details, auf die Verf. besonderen Werth legt, müssen in der Arbeit selbst nachgesehen werden. Drei Fälle von mit Erfolg nach D. operirten Dammrissen illustriren günstig seine Methode. **Sack** (Langensteinbach).

---

4) **Thos. More Madden.** Behandlung des Gebärmutterkrebses.

(Provinc. med. journ. 1889. Oktober 1. p. 585.)

Nach den unlängst erschienenen statistischen Listen (Register General) steigt in den vereinigten Königreichen die Sterblichkeit von Jahr zu Jahr, indem in England in der Altersklasse von 25 Jahren an aufwärts auf 1 Million Todesfälle während der letzten 11 Jahre durchschnittlich 1186 an Krebs kamen, und zwar stetig anwachsend von 1079 im Jahre 1877 bis 1331 im Jahre 1887. Weniger stetig und etwas niedriger ist die Sterblichkeit an Krebs in Irland, nämlich

828 auf 1 Million derselben Altersklasse im Durchschnitt der letzten 11 Jahre, 741 im Jahre 1880 gegenüber 935 im Jahre 1887. Demgemäß hält es M. für die Pflicht der Ärzte, an eine Herabminderung dieser Todesrate zu denken und er beschäftigt sich hier mit dem Krebs der Gebärmutter als einer häufig befallenen Örtlichkeit. Ausgehend von der Ansicht, dass in der Mehrzahl der Fälle der Cervix der Ausgangspunkt sei, empfiehlt M. die Amputation desselben. Er selbst hat sie in den letzten 10 Jahren in 22 Fällen ausgeführt, deren ferneres Schicksal sich verfolgen ließ; davon genasen 14 Frauen endgültig, 4mal trat in 1, 2mal in 2 Jahren, 1mal in $2^1/_2$ und 1mal in 4 Jahren Recidiv am Uterus oder sonstwo auf. Alle Fälle hatten zur Zeit der Operation weder allgemeine Erscheinungen noch waren die Umgebungen ergriffen und dies sind die Vorbedingungen für das Gelingen. Überhaupt hält M. mit Ruge und Veit die Ausbreitung des Krebses von der Portion nach den Seiten hin in das Scheidengewölbe und in die breiten Mutterbänder für das häufigere Vorkommen. Die Anwendung des Thermo- oder Galvanokauters nach der Operation hält M. für wesentlich. Der Ansicht Martin's und Anderer über die Nothwendigkeit der vaginalen oder supravaginalen Totalexstirpation will sich M. nicht anschließen und selbst in vorgeschritteneren Fällen Angesichts ihrer hohen Mortalitätsrate nur palliative Maßregeln, Auskratzen und Brennen des Erkrankten an ihre Stelle setzen, womit noch viel zu erreichen sei. **Lühe** (Demmin).

---

5) **Byrne.** Übersicht über 20jährige Erfahrung in der Behandlung des Gebärmutterkrebses mittels des Galvanokauters.

(New York med. Journ. 1889. September 28. p. 359.)

B. zieht den galvanokaustischen Brenner bei Weitem dem Thermokauter vor, da die große Wärme-Ausstrahlung des Letzteren unangenehm wirkt; auch das Zink-Chlorid ist ein weniger gutes Ätzmittel. B. hat 367 Fälle behandelt, wovon 121 innerhalb eines Jahres starben. 59mal war die Krankheit auf die Portion beschränkt, 81mal hatte sie den ganzen Cervix, 8mal den Körper befallen, 219mal war das ganze Organ ergriffen. Unter den ersteren traten bei 36 innerhalb von $8^1/_2$ Jahren im Durchschnitt keine Recidive ein, unter der zweiten Klasse war bei 35 eine freie Zeit von $5^1/_2$ Jahr, in der dritten Klasse blieben 4 durch 2 Jahre hindurch frei, in der vierten endlich 78 durch 3 Jahre. **Lühe** (Demmin).

Kasuistik.

6) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Leipzig.

Sitzung vom 18. November 1889.

Vorsitzender: Herr Sänger; Schriftführer: Herr Donat.

I. Herr von Tischendorf: 1) Vorstellung des in voriger Sitzung geschilderten Falles von Radikaloperation eines großen Nabelbruches nach glatt erfolgter Heilung mit fester und sogar etwas eingezogener Narbe.

(Bis Mai 1890 kein Recidiv.)

2) Vorstellung eines Kindes, dem wegen eines 6. Fingers (Doppeldaumens) an der linken Hand das überzählige, aus 2 Phalangen bestehende und die Entwicklung des normalen Daumens hindernde Glied in der 16. Woche durch Exartikulation entfernt worden war. Gute Heilung.

Herr Hennig: Verdoppelungen des Daumens seien viel seltener, als die des Kleinfingers. Anstatt eines zweiten Daumens kämen häufiger 2 dreigliedrige Finger vor, die aber nach dem Verhalten der Knochen und Muskeln keine Daumen sein könnten. Hält alle derartige Bildungen für atavistisch.

II. Herr Hennig: Über Abrasio mucosae uteri.

Redner preist den hohen Werth der (schon von Lisfranc eingeführten, aber erst durch die Erfolge, welche v. Volkmann mit seinem »scharfen Löffel« an anderen Körperstellen erzielte, wieder in Aufnahme gekommenen) Ausschabung des Cavum uteri an der Hand einzelner Fälle, unter anderen eines Falles von zweimaligem Abortus mit beginnender Molenbildung, worauf nach Abrasio ausgetragene Kinder geboren wurden. Erklärt für Fälle, wo die Cervix für den Finger undurchgängig sei, die Erweiterung derselben für unnöthig, da trotz solcher der Finger häufig doch nicht in das Cavum uteri eingeführt werden könne und weiche, polypöse Gebilde des Endometrium oft gar nicht gefühlt würden.

Diskussion. Herr Sänger dilatire die Cervix außer zu diagnostischen Zwecken in allen Fällen von Blutungen wegen Verhaltung von Eitheilen mittels Laminaria und Hegar'schen Dilatatoren oder mittels wiederholter Einlegung von Laminaria bis zu Fingerweite, was ausnahmslos möglich sei. Schwächere Dilatation, bis zu 7, 8 mm, schicke er, wenn nöthig, jeder Ausschabung voraus, da diese dann leichter und ausgiebiger vorgenommen werden könne und hinterher weder Kolikschmerzen, noch Sekretverhaltung eintrete.

III. Herr Hennig: Über spontane Abnahme des Umfanges mäßiggroßer Eierstocksgeschwülste.

Redner führt aus, dass gewisse Formen kleinerer Geschwülste des Eierstockes spontan an Größe abnehmen, ja schwinden könnten, und zwar die Blutcysten, so wie solche Anschwellungen des Organs, welche durch »interfollikulären Hydrops« bedingt seien. Berichtet über 2 klinisch beobachtete einschlägliche Fälle.

IV. Herr Sänger: Tuberkulöses Cystoma ovarii bei Tuben- und Bauchfelltuberkulose.

Redner machte bei einer 67jährigen Frau, die vorher mehrmals punktirt worden war, die Ovariotomie. Die etwa 16 Pfund schwere Cyste (Cystoma prolif. gland. ov. sin. mit gelblichem, geléeartigem Inhalt) war allseitig, doch leicht und ohne stärkere Blutung trennbar, verwachsen. Nach ihrer Entfernung erkannte man, dass es sich nicht um eine gewöhnliche adhäsive, sondern um tuberkulöse Peritonitis handelte, ausgehend von Tuberkulose der mit entfernten Tube. Dieselbe war ringfingerdick, drehrund, hart und im Inneren von käsigen Zerfallsmassen erfüllt, während die Serosa dicht mit miliaren Knötchen besetzt war. Die Wand der Cyste war, laut Untersuchung von Kollegen Beneke, an zahlreichen Stellen, die sich schon makroskopisch durch fleckweise, gelbliche Färbung auszeichneten, bis zur Innenfläche hindurch vollkommen tuberkulös, »mit zahlreichen Riesenzellen und durchsetzt von echt tuberkulös-nekrotischen Herden«.

Pat. hatte auch einen auf Tuberculosis uteri verdächtigen, eitrig-schleimigen, käsig riechenden Ausfluss, in welchem jedoch Tuberkelbacillen nicht nachgewiesen wurden. Verlauf p. op. ohne jede Temperatursteigerung. Entlassung am 19. Tage.

Es kann kaum einem Zweifel unterliegen, dass die tuberkulöse Infektion der Cystenwand durch die Punktionen vermittelt worden ist. Weiterhin bemerkenswerth ist der Fall durch das hohe Alter, so wie durch die glatt erfolgte Genesung der Patientin.

V. Herr Sänger: Drei Fälle von ektopischer Schwangerschaft geheilt durch Laparotomie.

1) Graviditas ovarico-abdominalis. Litho-Kelyphopädion ab-

dominale. Placenta in einem vollständig geschlossenen Sacke des linken Ovarium und Lig. latum.

39jährige Frau. Hat 2mal geboren, das letzte Mal vor 17 Jahren. Ende November 1888 Ausbleiben der Menses. Im Januar 1889 plötzlich sehr heftige Schmerzen im Unterleibe, so dass sie mehrere Wochen das Bett hütete; im März abermals Anfall von intensiven Schmerzen im Bauche. Im April Kindesbewegungen, welche Ende Juni aufhörten. Anfang Juli Ausstoßung einer fleischartigen Masse unter Wehen und Blutungen. Von da an Besserung, doch keine völlige Erholung. Magere Frau von bräunlicher Hautfarbe. Unmittelbar unter den Bauchdecken ließen sich, bis etwas oberhalb des Nabels reichend, so deutlich Kindestheile durchtasten, dass im Verein mit der Anamnese schon dadurch die Diagnose einer (sekundären) Bauchschwangerschaft, welche auch von dem behandelnden Arzt, Herrn Dr. Biedermann in Borna, so gestellt worden war, gesichert erschien. Eine kindskopfgroße, die linke und hintere Beckenhälfte gleich einer Parovarialcyste ausfüllende Geschwulst, deren obere Begrenzung nicht deutlich getastet werden konnte, wurde als der die Placenta bergende Fruchthalter angesprochen. Ferner wurde angenommen, dass eine erste Berstung des primären Fruchthalters in das Lig. latum im Januar, eine zweite Berstung wahrscheinlich des letzteren mit Austritt der Frucht in die Bauchhöhle im März erfolgt sein müsse. Ende Juni musste letztere abgestorben sein, worauf es zur Ausstoßung einer Decidua uterina kam.

Operation am 25. Oktober 1889. Die dem 7. Lunarmonat entsprechend entwickelte, an den Gliedern vielfach verkrüppelte Frucht lag eingehüllt von dem stark mit Kalk imprägnirten Amnion, nur auf dem Rücken und an einem Knie mit dem großen Netz, so wie einer Dünndarmschlinge verwachsen, sonst frei in der Bauchhöhle und konnte nach Lösung der Adhäsionen und theilweiser Resektion des an der Frucht belassenen Netzes herausgehoben werden. Neben dieser lag ein genau wie ein Spinnennetz aussehendes Gebilde: ein Stück des durch Torsion abgedrehten Nabelstranges. Von einer Placenta war zunächst nichts wahrzunehmen. Die in die Bauchhöhle eingeführte Hand stieß an der linken Seitenbeckenwand auf einen breit aufsitzenden Tumor von glatter, nirgends adhärenter Oberfläche. Nachdem Pat. durch Unterschieben des Planum inclinatum in Beckenhochlagerung gebracht worden war, sah man die linke Tube, das linke Lig. latum eine kurze Strecke weit frei nach der Geschwulst hinlaufen, dann sich in derselben verlieren. Um sie auszulösen, musste ihr häutiger Überzug durch sägende Bewegungen der Fingerspitzen cirkulär durchtrennt werden: sie hing alsdann an einem von dem medialen Theil des Lig. latum sammt innerem Drittel der Tube gebildeten Stiel, welcher in mehreren Partien abgebunden wurde. Eine mäßige Blutung aus der Wunde im subperitonealen Bindegewebe wurde durch Umstechung und Schwammkompression gestillt, ein gebogenes Glasdrain hierher geleitet und die Bauchhöhle geschlossen.

Der Verlauf war in der ersten Woche ganz fieberlos, dann kam es für 5 Tage zu geringer Erhebung der Temperatur (bis zu 38,8), offenbar bedingt durch Bildung eines kleinen Exsudates an der Stelle, wo die ausgeschälte Geschwulst gesessen hatte. Weiterhin ungestörte Heilung.

Ganz überraschend war, dass die Geschwulst, augenscheinlich der einstige Fruchthalter, völlig in sich geschlossen war und nirgends auch nur die kleinste Öffnung darbot. Die ansitzende Tube ließ sich, flacher und flacher werdend, auf der Oberfläche der Geschwulst weithin verfolgen, um sich wie in ihr zu verlieren. Bis auf das etwa halbhandtellergroße aus dem subperitonealen Bindegewebe ausgeschälte Segment stak letztere in einer Hülle, die, nach dem direkten Übergange in den oben beschriebenen Stiel zu schließen, nichts Anderes war, als die entfalteten Blätter des Lig. latum. Eine von Herrn Kollegen Beneke vorgenommene sorgfältige makro- und mikroskopische Untersuchung ergab Folgendes: Die bis 2,7 cm breite, quer aus einander gezogene Tube endete blind unter fächerförmiger Ausbreitung der Fimbrien auf der Sackwand. Auch der ablösbare Antheil des Lig. latum verlor sich allmählich in eine festhaftende bindegewebige Hülle. An einer dünnen, nach hinten zu gelegenen Stelle wird die Eihöhle eröff-

net: ihr buchtiger Binnenraum böte kaum für 1/6 der Frucht Platz. Die bucklig vorspringenden Wandungen waren zum größten Theil gebildet aus einer mächtigen, von Apoplexien, Infarkten, Verkalkungen durchsetzten Placenta. Ein kurzer Nabelstrang führte zu der dünnsten, nur aus Chorion und der bindegewebigen Hülle bestehenden Sackwand und war hier angewachsen. An der korrespondirenden Stelle außen saßen lose bindegewebige Adhäsionen. Ovarialgewebe war nirgends erkennbar. Mikroskopisch fand sich das Placentargewebe völlig nekrotisch. Die Chorionzotten tauchten von unten her in die äußere (untere) Tubenwand ein. Die zur Untersuchung entnommenen Stücke der Sackwand, allerdings nur ein kleiner Bruchtheil der letzteren, zeigten nirgends Ovarialgewebe, wohl aber Bindegewebe, das seiner Anordnung nach einer mächtig gewucherten Theca folliculi entsprechen konnte.

Somit war die Tube unzweifelhaft nicht Sitz der Eibildung. Der Umstand, dass die Placenta sich innerhalb einer geschlossenen Höhle entwickelt hatte, wies darauf hin, deren Wandung, analog gewissen Blutcysten des Ovarium, als durch Ausdehnung und Hypertrophie der Theca folliculi entstanden anzusehen. Der das befruchtete Ei bergende Follikel muss nahe dem Hilus und nahe dem Lig. infundibulo-pelvicum gesessen haben, da der Fruchtsack in seiner weiteren Entwicklung die Mesosalpinx, so wie das Peritoneum der seitlichen Beckenwand aus einander drängte, so dass sie einen Theil der Sackwand ausmachten, welche demnach einerseits nur aus Theca folliculi, nur aus Lig. latum, andererseits aus beiden Membranen sich zusammensetzte.

Die in ihr Amnion gehüllte Frucht muss nach ihrer Ausschlüpfung aus dem Fruchthalter viele Wochen lang frei in der Bauchhöhle gelegen haben, indem der Nabelstrang anfänglich in ungestörter Verbindung mit der Placenta blieb. Erst nachdem derselbe durch die Eigentorsionen der Frucht (Einfluss der Darmperistaltik?) ganz abgedreht war, schloss sich die Austrittsöffnung vollständig, so dass der ehemalige Fruchthalter wie ein in sich geschlossener Tumor und gar nicht mehr zur Frucht gehörig erschien.

Der geschilderte Fall ist somit nicht bloß bemerkenswerth durch die Sicherheit, womit trotz des Fehlens von Ovarialgewebe in den darauf untersuchten Präparaten die Diagnose auf Graviditas ovarialis gestellt werden konnte, sondern auch durch den Nachweis, dass die weite Perforationsöffnung, durch welche etwa im 4. Monat der Entwicklung die Frucht ausschlüpfte, fast spurlos sich wieder schließen kann, so dass die Placenta förmlich eingekapselt wird.

2) Graviditas tubae sinistrae III. mensis. Ruptura intraligamentosa. Haematocele extraperitonealis.

30jährige Frau, aufgenommen am 8. Oktober 1889. 4 Geburten, letzte 1885. Menses seit 14 Wochen ausgeblieben. Vor 6 Wochen Nachts plötzlich heftige wehenartige Schmerzen im Unterleibe, Ohnmachten. Vor 12 Tagen Abgang einer Decidua. Pat. sieht elend aus, wie eine durch Blutungen und Fieber heruntergekommene Wöchnerin. Kindskopfgroße, vorwiegend die linke Beckenhälfte füllende Geschwulst, welche den Uterus nach vorn, rechts und oben gedrängt hat: Fundus 2 Querfinger oberhalb der Symphyse, die oberste Geschwulstkuppe, von Därmen überlagert, noch etwas höher hinauf tastbar. Linkes Scheidengewölbe ausgespannt, doch nicht tief herabgebuchtet.

Operation zweizeitig. 14. Oktober Laparotomie in Beckenhochlagerung. Schnitt in der Linea alba und darauf senkrecht zweiter Schnitt nach links. Die vermehrte Lendenlordose brachte die Geschwulst wohl der Bauchwunde näher, doch war es nicht möglich, den von Verwachsungen freien Theil des Blutsackes allseitig mit dem Peritoneum parietale zu vernähen; am vollständigsten gelang dies links, wo die durch den ⊢ Schnitt gewonnenen zwei Zipfel des Peritoneum nach innen geschlagen und auf die Sackwand aufgenäht wurden. Nach rechts und oben blieben zwischen Sack und adhärenten Darmschlingen zwei Lücken, die mit Jodoformgase ausgestopft wurden. 10 Tage später Öffnung des Blutsackes mittels Paquelin. Derselbe enthielt etwa 500 g alter Blutgerinnsel, welche in großen Brocken theils

mit dem Finger, theils durch Auswaschung herausgefördert wurden, Ausstopfung des vorher trocken getupften Sackes mit Jodoformgaze. Keine Drainage nach der Scheide. Rasche Verkleinerung des Sackes und vollständige Heilung in 3 Wochen. — Erst nach längerem Suchen wurde in den Gerinnseln ein plattgedrückter, sonst wohl erhaltener Fötus von 9 cm Länge nebst Fetzen von Eihäuten aufgefunden. Die vorher gestellte Diagnose eines in das Lig. lat. sin. geborstenen tubaren Fruchtsackes mit Bildung einer Hämatocele extraperitonealis war damit bestätigt. — In operativer Beziehung dürfte bemerkenswerth sein die Art und Weise, womit es gelang, den der vorderen Bauchwand nirgends anliegenden Blutsack durch künstliche Lordose, peritoneale Lappentransplantation und Gazetamponade abzukapseln.

3) Graviditas tubaria I. mensis. Abortus tubarius. Haematocele intraperitonealis. Haematosalpinx. Haematoma ovarii.

28jährige Frau, hat 1mal geboren, Zwillinge, vor 5 Jahren. Habe im laufenden Jahre — Aufnahme am 7. November — bereits 3mal abortirt, das letzte Mal vor $3^1/_2$ Wochen, ohne dass die Menses ausgeblieben wären. Sie habe aber anhaltende Schmerzen im Leibe »schlimmer als Wehen« und bestehe immer noch Blutabgang. Auch war eine Masse abgegangen, die der behandelnde Arzt zufällig aufgehoben hatte und als Decidua graviditatis (ectopicae) erkannt wurde. — Die Frau war sehr anämisch und fieberlos. Links von dem mäßig dextrovertirten Uterus fühlte man eine reichlich apfelgroße, sehr weiche Hauptgeschwulst, von welcher eine zweite schlauchartige Geschwulst ausging, die sich nach dem Boden des Douglas hin erstreckte. Pat. wurde eine Woche bei absoluter Ruhe im Bett gehalten; da hierauf die Blutung nicht stand, die Schmerzen nicht aufhörten, die Geschwulst entschieden wuchs — Laparotomie! Man stieß dabei zuerst auf die linke, gegen das Abdominalende zu keulenförmig aufgetriebene, blauschwarze Tube. Sie bildete sammt dem Colon desc. nebst Append. epipl., dem Netz und etlichen auch unter sich verwachsenen Darmschlingen das Dach einer etwa faustgroßen freien Ansammlung von schwärzlichem geronnenem Blut.

Nach Lösung der Adhäsionen nebst Abbindung von Netztheilen und Appendices wurde die im Übrigen locker verlöthete Tube sammt Ovarium vorgezogen und abgebunden. Bei der Säuberung der Bauchhöhle und des Douglas von den Blutmassen fand sich am Boden des letzteren völlig frei liegend noch ein hühnereigroßes und auch eben so geformtes Gerinnsel. Schluss der Bauchwunde ohne Drainage. Glatte Heilung.

Die gemeinschaftlich mit Kollegen Beneke vorgenommene Untersuchung der Präparate ergab Folgendes: Das letzterwähnte Gerinnsel passte genau in eine offene Höhle des Ovarium und bestand lediglich aus geronnenem Blut mit einer in Organisation begriffenen Außenschicht. Ob dieses Haematoma ovarii (Folliculi Graaffii) spontan oder erst unter der Operation geborsten war, ließ sich nicht mehr entscheiden. Die Tube zeigte an ihrem medialen Theil auf eine Strecke von ca. 3 cm 2 Biegungen und ging dann über in eine reichlich walnussgroße Anschwellung, welche lediglich ein reines Blutgerinnsel enthielt und glatte, sogar auffallend dünne Schleimhaut darbot: es bestand hier somit lediglich eine umschriebene Hämatosalpinx. Das letzte abdominale Stück der Tube hatte die Weite eines Zeigefingers, seine Wände, so wie die Fimbrien waren stark verdickt und von blauschwarzer Färbung. Der Schleimhaut hafteten noch kleinere Blutgerinnsel an. Eitheile, ein Embryo wurde nicht aufgefunden, wohl aber wurden Chorionzotten bestimmt nachgewiesen. Somit handelte es sich um eine sehr frühzeitige Schwangerschaft in der Pars abdominalis tubae und tubaren Abortus, wobei das Blut zum Theil uterinwärts floss und die beschriebene, für den wahren Sitz des Eies imponirende Blutgeschwulst hervorrief.

Die geschilderten 3 Fälle wurden sämmtlich innerhalb der letzten 4 Wochen operirt. Über seine übrigen Fälle von ektopischer Schwangerschaft behält sich Redner vor, ein anderes Mal zu berichten.

Sitzung vom 16. December 1889.

Vorsitzender: Herr Sänger; Schriftführer: Herr Donat.

I. Der Antrag des Vorsitzenden, dem Ehrenvorsitzenden der Gesellschaft, Herrn Geheimrath Credé, zu seinem 70. Geburtstag eine Glückwunschadresse zu überreichen, wird einstimmig angenommen.

II. Herr Zweifel: Ein Fall von Osteomalacie, modificirter Porro-Kaiserschnitt, geheilt.

(Ausführlich veröffentlicht Centralbl. f. Gynäkol. 1890. No. 2.)

III. Herr Donat: Über einen Fall von Kaiserschnitt nach Porro wegen multiplen Myomen des Uterus. Heilung.

Es handelte sich um eine 34jährige Mehrgebärende, welche einmal eine Fehlgeburt durchgemacht und darauf 3mal mit Kunsthilfe von todten Kindern entbunden worden war. Die letzte, seit März 1889 bestehende Schwangerschaft verlief bis zum Schluss ohne besondere Beschwerden. Die Geburt begann mit dem Wasserabfluss; deutliche Wehen fehlten vollständig.

Am 2. Tag nach dem Blasensprung vom behandelnden Arzt, Herrn Dr. Lebelt, zugezogen, fand Vortr. nach wiederholter Untersuchung und längerer Beobachtung, dass ein im unteren Uterinsegment sitzendes Myom des Uterus die Erweiterung der Cervix verhinderte. Letztere war und blieb nur für einen Finger durchgängig. Das Kind lebte und befand sich in Schulterlage. Da die Geburt per vias naturales nur mit der größten Gefährdung der Mutter und mit Zerstückelung des Kindes beendet werden konnte, letzteres lebensfrisch war, Infektionserscheinungen von Seiten der Mutter fehlten, das große Myom weder zu reponiren, noch von der Scheide aus zu entfernen war, die Frau selbst und ihre Angehörigen aber ein lebendes Kind wünschten, wurde der Kaiserschnitt vorgeschlagen und zugegeben. Herr Dr. Sänger, vom Vortr. zugezogen, bestätigte die Diagnose, billigte das einzuschlagende Verfahren und führte die Operation gemeinsam mit dem Vortr. unter Assistenz der Herren Dr. Lebelt und Dr. Heyder in der Wohnung der Gebärenden aus. Die Operation nahm folgenden Verlauf: Bauchschnitt, Herauswälzen des Uterus, provisorische Gummiligatur, Einschnitt in die vordere Wand des von zahlreichen Myomen durchsetzten Uterus, Entwicklung des lebenden, kräftigen Kindes, Abtragung des Uterus, intraperitoneale Behandlung des äußerst umfänglichen, noch den größten Theil des Cervixmyoms einschließenden Stumpfes durch Etagennähte und symperitoneale Decknaht (Seide), Toilette der Bauchhöhle und des Douglas, Drainage desselben durch ein gekrümmtes, mit Jodoformgase locker ausgestopftes Glasrohr, Schluss der Bauchwunde bis zur Drainöffnung.

Der Verlauf des Wochenbettes war ein vollkommen glatter; nur zweimal trat in Folge von Stauung der Sekrete wegen Aussetzen des sonst täglichen Verbandwechsels leichte Temperatursteigerung ein. Der Drain wurde am 20. Tage entfernt. Das Kind gedeiht bei künstlicher Ernährung vortrefflich.

(Der Vortrag erscheint ausführlich im Archiv für Gynäkologie.)

Diskussion. Herr Zweifel habe früher in einem Falle von Porro-Operation bei Myoma uteri trotz tellergroßen Stumpfes seine Partienligatur anlegen können und den Stumpf ohne Drainage blutlos versenkt. Frägt, ob Sänger noch immer die Porro-Operation bei Myomen auf Fälle beschränken wolle, wobei solche vom Uterusschnitt getroffen würden.

Herr Sänger sei stets für Abtragung des myomatösen Corpus uteri gewesen; was die Collummyome anlange, so habe er später nach weiteren Fortschritten der Technik (s. Centralbl. f. Gynäkol. 1889 No. 12) aufgefordert, den konservativen Kaiserschnitt stets mit deren Enukleation durch kombinirte Laparo-Kolpomyomotomie zu verbinden. — Im vorliegenden Fall hätte auch er gern die Partienligatur angewendet, aber die Stielnadel war für den enormen Stumpf zu kurz. Da es sich um eine Art »diffuse Myomatose« handelte, ließ sich derselbe auch nicht wie sonst durch Ausschälung von Knollen verkleinern. Der Glasdrainage müsse er entschieden hinsichtlich des glatten Verlaufes ein Verdienst zuweisen. Durch ihre Anwendung gewinne die intraperitoneale Methode wesentlich an Sicherheit. Selbst

wenn der versenkte Stumpf nicht nachblute, liefere er in den ersten Stunden so viel Sekret, dass eine Ableitung desselben nach außen geboten sei.

Die weitere Diskussion drehte sich um die Frage der Bedeutung der Porro-Operation resp. der Kastration für die Heilung der Osteomalacie, wobei Herr Zweifel den Standpunkt vertrat, dass lediglich die Verhinderung erneuter Schwangerschaft das Wirksame sei und auch das Vorkommen der Osteomalacie bei Männern hervorhob. Herr Hennig citirte 2 Fälle von Osteomalacie bei Kindern. Herr Heyder, in einer Osteomalaciegegend zu Hause, kannte eine 60jährige Frau, bei welcher die Krankheit auch nach Eintritt der Klimax nicht zur Ausheilung gekommen war.

IV. Herr Unger (als Gast) demonstrirt makro- und mikroskopische Präparate eines Falles von Ulcus vaginae auf teleangiektatischer Grundlage, herrührend von einer 35jährigen Frau, welche wegen einer mächtigen Blutung aus der Scheide in das Krankenhaus gekommen war und einige Tage darauf, nachdem dieselbe durch Tamponade gestillt worden war, starb. Bei der Sektion fand sich im oberen Scheidendrittel das betreffende, etwa markstückgroße Geschwür, aus dessen ektatischen und arrodirten Gefäßen die Blutung erfolgt war, so wie ein frischer Abscess des linken Ligamentum latum.

Herr Zweifel: Tödliche Blutungen aus Scheidengeschwüren seien besonders vom sogenannten Ulcus rodens beschrieben worden. Er selbst erlebte eine solche aus einem ganz kleinen nicht weiter specifischen Geschwür der Scheide; v. Recklinghausen, welcher diesen Fall mit untersuchte, nahm an, dass die Verblutung nach Ausfall eines kleinen Fibroms aus einer Arterie erfolgt sei.

---

7) **Frommel. Zwei seltene Bildungsanomalien der weiblichen Genitalien. (Aus der Universitätsfrauenklinik zu Erlangen.)**
(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 15.)

Es handelt sich hier um 2 Bildungsanomalien, welche auf fötale Entwicklungshemmung zurückzuführen sind. Dieselben sind einmal wegen ihrer Seltenheit interessant und dann wegen des Umstandes, dass sie zu operativen Eingriffen Veranlassung gaben, besonders erwähnenswerth.

Der eine Fall betrifft: Uterus unicornis rudimentarius cum rudimento cornu alterius oder besser, nach der seit Kussmaul's Arbeit angenommenen Klassifikation, Uterus unicornis partim excavatus cum rudimento solido cornu alterius. Defectus vaginae.

Die besondere Seltenheit dieses Falles liegt darin, dass auch das besser entwickelte Uterushorn rudimentär geblieben ist und die Scheide gänzlich fehlt.

Die Pat., eine 20jährige Dienstmagd, litt seit 3 Jahren an kolikartigen Schmerzen, welche in regelmäßigen Pausen eintraten und von Jahr zu Jahr an Intensität und in ihrer Dauer so zunahmen, dass Pat. alle 4 Wochen mehrere Tage arbeitsunfähig war.

Die äußeren Genitalien der sehr kräftig gebauten und gut entwickelten Pat. sind normal.

Unmittelbar oberhalb des leicht gefalteten Hymens befindet sich die etwas dilatirte äußere Mündung der Harnröhre, deren hintere Wand $1^1/_2$ cm frei zu Tage liegt. — Durch die Öffnung des Hymens, der nicht die äußere Begrenzung des Scheidenlumens bildet, ist eine Hautpartie sichtbar, welche der äußeren Bedeckung identisch erscheint.

Die in Narkose ausgeführte kombinirte Untersuchung per rectum ergab: völligen Mangel der Scheide; in der Mitte des Beckens findet sich ein kleiner, rundlicher, walnussgroßer, derber und beweglicher Körper, von welchem nach rechts und links ein dünner Strang abgeht; an den Enden dieser Stränge sind mandelförmige, derbe, bewegliche Körper zu fühlen; Ligamenta rotunda nicht nachweisbar.

Da Pat. endgültige Beseitigung ihrer Schmerzen wünschte, wurde die Operation vorgenommen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fand sich im kleinen Becken ein walnussgroßer, birnförmiger Körper, von welchem links oben eine ziemlich

kurze und dünne Tube abging; dieselbe zeigte keinerlei Fimbrienende, sondern lief spitz zu und war verschlossen. An der Abgangsstelle der Tube von dem birnförmigen Körper war ein schwach entwickeltes Lig. rotundum nachweisbar. Hinten von der Tube lag das normal entwickelte Ovarium mit eigenem Mesoovarium. — Auf der rechten Seite des birnförmigen Körpers zweigte sich ein langer Strang von der Dicke eines dünnen Bleistiftes ab, der an seinem Ende in eine kleine spindelförmige Anschwellung überging, auf welche wieder eine 3 cm lange verschlossene Tube folgte. Auch hier war ein äußerst schwach angedeutetes Lig. rotundum nachweisbar. Ein 4 mm langes Lig. ovarii verbindet die kleine Anschwellung mit dem rechten Ovarium.

Nach Unterbindung des Lig. latum wurden zunächst der birnförmige Körper mit den linken Anhängen und sodann die kleine spindelförmige Anschwellung und deren Adnexa exstirpirt. Zurück blieb in der Bauchhöhle nur das Mittelstück des soliden Verbindungsstranges zwischen dem birnförmigen Körper und der kleinen Anschwellung.

Der birnförmige Körper bestand aus typischem Uterusgewebe, sein schmächtigerer Theil aus mehr fibrösem Gefüge. In seinem oberen Theil fand sich eine erbsengroße Höhle, die mit drüsenreicher Uterusschleimhaut ausgekleidet war. Die Tube links besaß nur ein schwach angedeutetes Lumen, der Tube rechts nebst der Anschwellung fehlte jede Art eines solchen. Die kräftig entwickelten Ovarien zeigen zahlreiche Graaf'sche Follikel und Corpora lutea verschiedenen Alters.

Pat. wurde nach 3 Wochen gesund entlassen. — Die Ausführung der Operation hält Verf. für berechtigt, da die auf Erwerb angewiesene Pat. durch die so häufig auftretenden Beschwerden sehr arbeitsbeschränkt war.

Der zweite Fall betrifft einen Defectus perinei, incontinentia ani.

Die 21jährige, normal entwickelte Pat. leidet seit ihrer Geburt an Incontinentia ani. — Die Genitalien sind normal. Dicht an der hinteren Kommissur beginnt die Schleimhaut des Mastdarmes, die Analöffnung klafft so weit, dass 2 Finger bequem eingeführt werden können. Jede Spur von Narben oder Verletzungen fehlt.

Verf. erklärt an der Hand der Reichel'schen Untersuchungen die Entstehung dieser Missbildung dadurch, dass es in diesem Fall wohl zu einer Vereinigung der Genitalfalten in der Medianlinie gekommen sei, dass aber die Analhöcker, welche, so weit sie die Analportion des Mastdarmes bilden, entwickelt sind, in der Medianlinie sich nicht vereinigt hätten. Durch eine Bildungshemmung der Analhöcker sind also Verhältnisse ausgebildet, die in ihren Folgen annähernd dem Zustand eines kompleten Dammrisses entsprechen.

Verf. nahm desshalb auch die entsprechende Operation, und zwar nach Lawson Tait resp. Sänger vor. Er erzielte so einen 2 cm langen Damm, so wie eine Verlängerung und Verengerung der vorderen Wand der Analportion. Wenn auch das obere Drittel des neugebildeten Dammes nicht per primam heilte, blieb doch die Analpartie gut vereinigt und die Kontinenz des Anus war in befriedigender Weise erzielt.

Verf. wünscht, dass die Publikation dieses Falles noch weitere Veröffentlichungen ähnlicher Fälle zur Folge haben möchte.

Rudolf Müller (München).

Internationaler Kongress,

Abtheilung für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten.

Diejenigen in- und ausländischen Herren Kollegen, die ein Interesse daran haben, ihre Vorträge und ihre in der Diskussion geäußerten Ansichten im Centralblatt für Gynäkologie referirt zu finden, bitte ich ***mir selbst*** *ihre Manuskripte zu übergeben. Ich wohne in Berlin: Hôtel continental.* ***Heinrich Fritsch.***

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

BOSTON MEDICAL LIBRARY
AUG 5 1890

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 30. **Sonnabend, den 26. Juli.** **1890.**

Inhalt: I. **F. Ahlfeld**, 118 Fälle von Einleitung der künstlichen Frühgeburt. — II. **Döderlein**, Resorbirbares Chromsäurekatgut. (Original-Mittheilungen.)
1) **Olshausen**, Extra-uterin-Schwangerschaft.
2) Gynäkologische Gesellschaft zu Berlin. — X. Internationaler Kongress.

I. 118 Fälle von Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

Von
F. Ahlfeld.

In den Jahren 1871 bis 1890 ist von mir selbst oder von meinen Assistenten 118mal die künstliche Frühgeburt eingeleitet worden. 9 Fälle fallen auf die Leipziger Zeit, 6 auf die Gießner, 103 auf die Marburger Zeit (1883 bis 1890).

Warum gerade Marburg so häufig Gelegenheit zu diesem geburtshilflichen Eingriffe bietet, erklärt sich vor Allem daraus, dass mein Vorgänger, Prof. Dohrn, durch seine Erfolge auf dem Gebiete der Einleitung der künstlichen Frühgeburt beim engen Becken die Frauen aus einem großen Umkreise herangezogen hat. Ich bin natürlich diesem Beispiele nachgefolgt und da unsere Resultate auch nicht ungünstige waren, so ist die Zahl der hilfesuchenden Frauen von Jahr zu Jahr gewachsen.

Da wir ferner die Schwangeren sehr zeitig aufnehmen, sind wir in der Lage, zeitig 'genug das enge Becken zu erkennen und es macht sich dann selbstverständlich, dass die künstliche Frühgeburt an Stelle derjenigen Entbindungsverfahren ausgeführt wird, die in Frage kommen würden, wenn die Frau erst kreißend oder kurz vor Ende der Schwangerschaft zur Beobachtung käme (Geburtsstuhl, hohe Zange, Wendung, Perforation, Kaiserschnitt).

Mit wenigen Ausnahmen gab das enge Becken die Veranlassung zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, nämlich 111mal. Wegen Krankheiten der Mutter wurde 7mal operirt.

Die Beckenformen vertheilen sich folgendermaßen:
allgemein verengte Becken mehr oder weniger reiner Form 26,
allgemein verengte Becken rachitischen Ursprungs 33,
rachitische Becken, nicht oder nur wenig allgemein verengt 24,
einfach platte Becken 13,
ankylotisch schräg verengte Becken 4,
doppelseitige Luxationsbecken 2,
Trichterbecken 2,
osteomalacische Becken 2,
spondylolisthetische Becken 2,
ein Becken ist nur als »enges Becken« bezeichnet.
zweimal waren die Becken normal, also relativ zu eng.

Was den Grad der Beckenenge anbelangt, so steht mir in 92 Fällen das Maß für die Conjugata diagonalis zu Gebote.

Berechne ich durch Abzug von 1,75 cm die Conjugata vera, so erhalte ich 10 Becken mit vera unter 7,0 cm
57 » » » zwischen 7,0 bis 8,5 cm
25 » » » » 8,5 » 9,75 »

Aus der Conjugata vera aller engen Becken eine Durchschnittszahl berechnet, ergiebt die Zahl 7,97 cm.

Im Ganzen wurden 121 Kinder (3mal Zwillinge) geboren.
Davon kamen lebend zur Welt 102 = 84,30%
Todt wurden geboren 19 = 15,70%
Vor Ablauf des ersten Tages starben 18
Vor Entlassung der Mutter (10.—12. Tag) starben 9.
Es wurden somit lebend entlassen 75 = 62%

Berücksichtige ich nur die beim engen Becken geborenen Kinder so stellt sich das Verhältnis etwas anders (2mal Gemini):
In 99 Geburten kamen lebend zur Welt 86 = 85,14%
Todt wurden geboren 15 = 14,85%
Lebend wurden entlassen 61 = 60,39%.

War die Conjugata vera unter 7,0 cm lang, so wurde von 10 Kindern keins lebend entlassen.

Bei einer Conjugata vera von 7,0—8,5 blieben von 57 Kindern 38 = 66,6% bis zur Entlassung am Leben.

Bei einer Conj. vera von 8,5—9,75 konnten von 25 Kindern 21 = 84% lebend entlassen werden.

Das Durchschnittsgewicht von 111 Kindern betrug 2677 g, die Durchschnittslänge (von 114 Kindern berechnet) 48,3 cm.

Die bei Beckenenge geborenen 105 Kinder hingegen zeigten ein Durchschnittsgewicht von 2743 g, eine Durchschnittslänge von 47,51 cm.

Von den Müttern starb eine an den Folgen der Geburt und zwar in Folge der Quetschungen, welche beim Durchgange eines zu großen Kopfes durch ein atypisches Becken entstanden[1].

[1] Beschreibung dieses Geburtsfalles befindet sich in den Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, Bd. III, p. 283.

Außerdem starben vier Frauen theils in der Klinik, theils transferirt an Erkrankungen, derenthalben die Frühgeburt eingeleitet war oder die als zufällige Komplikationen auftraten (Eklampsie, Tuberkulose, Herzfehler).

Somit starb von 111 Frauen, bei denen engen Beckens halber die Frühgeburt gemacht worden war, nur eine in Folge der Geburt = 0,9%.

Die Wochenbetten, für welche bei 109 Frauen regelmäßige Temperaturmessungen vorliegen (für 9 Fälle der Leipziger Zeit besitze ich keine Temperaturkurven), verliefen in 75 Fällen fieberlos, d. h. während des ganzen Aufenthaltes post partum in der Anstalt stieg die Temperatur nicht über 38°. Dieses Verhältnis von 68,8% entspricht ungefähr der Procentzahl, welche ich aus den Kurven von 2000 Geburten berechne.

34 Frauen fieberten kürzere oder längere Zeit, doch verließen 87 der 109 Wöchnerinnen, = 80%, gesund die Anstalt vor beendetem 12. Tage.

Als Methode wurde in der Hauptsache die Krause'sche, Einschieben eines flexiblen Bougies, gewählt, bisweilen mit vorbereitenden, bisweilen ohne vorbereitende Methoden.

Vorbereitende Methoden, die in einzelnen Fällen auch allein wirkten, waren

1) Einlegen eines Kolpeurynters,
2) Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze und Watte,
3) Ausstopfen des Cervix mit Jodoformgaze (ohne Erfolg),
4) Laminaria,
5) aufsteigende Dusche,
6) Wechseldusche.

Sehr häufig regte die Krause'sche Methode die Geburt wohl an, doch die Wehen blieben sehr träge. Es kamen dann unterstützende Methoden zur Anwendung. Dieselben bestanden in

7) Lösung des unteren Eipols,
8) Tarnier'sche Tampon,
9) Blasensprung vor vollständiger Eröffnung des Muttermundes,
10) Vollbad mit nachfolgendem Schwitzen,
11) Wendung nach Braxton Hicks.

Außerdem kamen auch die unter No. 1, 2, 5 und 6 genannten Methoden als unterstützende in Gebrauch.

Den primären Blasensprung habe ich nur sehr selten angewendet. Wo es nicht auf die Erhaltung des Kindes ankommt, darf man ihn ja auch wohl unter Umständen gebrauchen.

Komplikationen, die mit der Methode der Einleitung der künstlichen Frühgeburt zusammenhängen, kamen vor:

a) Frühzeitiger Wasserabfluss. Wir beobachteten die Durchstoßung der Fruchtblase mittels Bougie sehr selten. Durch die von

mir betonte Modifikation[2] der Einführung des Bougies ist der zufällige Blasensprung mit ziemlicher Sicherheit zu vermeiden.

b) Heftige Blutungen. Während nicht selten bei Einschieben des Bougie ein kleiner Blutverlust stattfindet, hatten wir 3mal heftige Blutungen, die zur sofortigen Tamponade nöthigten zu beobachten. 2mal lag die Ursache im tiefen Sitze der Placenta[3], 1mal war die Schleimhaut des Introitus derart vulnerabel, dass das Einführen des Fingers, an dem das Bougie in die Höhe geschoben werden sollte, die kleinen Verletzungen und die heftigen Blutungen verursachte[4].

c) Fieber vor Geburt des Kindes. Gewiss die wichtigste, leider auch verhältnismäßig häufig vorkommende Komplikation. Wir beobachteten sie unter 109 Geburtsfällen 20mal.

Nur 2mal trat das Fieber vor dem Blasensprunge auf (1mal bei einer Tuberkulösen, 1mal ohne bekannte Ursache), 18mal bei protrahirter Austreibungsperiode, und zwar meist erst längere Zeit nach stattgefundenem Blasensprunge.

Nach Ausspülungen mit einem Desinficienz wurde wiederholt das Fieber dauernd beseitigt, in anderen Fällen nur zeitweise.

Hielt das Fieber trotz desinficirender Ausspülungen an und ging es in die Höhe, so war stets das Leben des Kindes in Gefahr, in einer Anzahl der Fälle starb des Kind ab.

Mit Eintritt höheren Fiebers begann fast ausnahmslos eine kräftige Wehenthätigkeit, und die bis dahin zögernde Geburt pflegte schnell beendet zu sein.

Meistens trat nach beendeter Geburt Fieberabfall ein und blieb das Wochenbett fieberlos oder zeigte nur geringe Steigerungen.

Das Fieber war als septisches aufzufassen und wahrscheinlich eine Ptomainwirkung, die nach Ausscheiden des Giftes durch Blut, Harn etc. aufhörte.

Im Anschluss an diese große Zahl selbstbeobachteter Fälle von Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken erlaube ich mir meine Erfahrungen in einigen Punkten in folgende Sätze zu bringen und kurz zu begründen:

1) Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt behauptet, trotz wesentlicher Verbesserungen der Resultate der Sectio caesarea ihre Stellung unter den das Kindesleben erhaltenden Entbindungsverfahren beim engen Becken.

Wenn unter 111 Fällen nur eine Frau in Folge der Geburt nach Einleitung der künstlichen Frühgeburt gestorben ist, wenn von den Müttern 80% ein gesundheitsgemäßes Wochenbett durchmachten, die übrigen, ohne gefährlich erkrankt zu sein, nach etwas längerer Wochenbettsdauer die Anstalt gesund verließen, so ist dies Resultat für die Mutter ein sehr günstiges.

---

[2] Ahlfeld, Berichte und Arbeiten: Bd. I. p. 122.
[3] Ahlfeld, Berichte und Arbeiten: Bd. II. p. 105.
[4] l. c. Bd. II. p. 104 Fall. 2.

Wenn ferner von 101 Kindern nach Einleitung der Frühgeburt bei engen Becken geboren 61 = 60,39% mit der Mutter die Anstalt in einem Zustande verließen, dass sie bei einigermaßen sorgfältiger Pflege weiter gedeihen mussten, so ist dies ebenfalls ein befriedigendes Resultat.

Unter 6 Fällen von Sectio caesarea beim engen Becken hatten wir zwei Todesfälle der Mütter und einen des Kindes zu verzeichnen.

2) Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt mittels Krause'scher Methode lässt sich auch im Privathause ausführen, doch sind die Chancen bei Ausführung in einer Entbindungsanstalt weit günstiger.

Der Eventualitäten im Laufe der meist langdauernden Geburt sind so mannigfaltige, viele derselben erfordern unter Umständen eine sofortige Änderung des Entbindungsplans, dass nur bei ununterbrochener Überwachung durch den Arzt die Erfolge befriedigende sein werden.

3) Man muss die Einleitung der künstlichen Frühgeburt so spät wie möglich machen.

Unsere Resultate weisen bei einer Durchschnittsbeckenenge von 7,97 cm für die Conj. vera ein Durchschnittsgewicht der Kinder von 2743 g, eine Durchschnittslänge von 47,51 cm auf.

Leopold[5] (45 Fälle) verzeichnet bei einer Conj. vera von 7,87 cm 2687 g Gewicht, 47,6 cm Länge.

E. v. Braun-Herzfeld[6] hingegen (51 Fälle) bei einer Conj. vera von 7,84 cm nur ein Durchschnittsgewicht von 2035 g, eine Länge von 42,8 cm.

Leopold's und unsere Kinder haben Aussicht weiter zu leben, Braun-Herzfeld's Kinder werden wohl wenige Wochen nach der Geburt gestorben sein. In Wien wurde die Frühgeburt durchschnittlich um 4 Wochen zu früh eingeleitet; daher auch die günstigen Erfolge für den primären Blasenstich.

4) Als unterste Grenze der Beckenenge für Einleitung der künstlichen Frühgeburt ist eine Conj. vera von 7,0 anzunehmen.

5) Die künstlich angeregte Geburt soll in ihrem Verlaufe einer normalen Geburt so weit wie möglich ähneln.

Schon die Wahl der Methode ist entscheidend. Alle Methoden, bei denen die Blase vor Beginn der Wehenthätigkeit springt, treten zurück gegenüber den die Blase erhaltenden Methoden.

Der künstliche Blasensprung ist nur gerechtfertigt, wenn Leben und Gesundheit der Mutter auf dem Spiele stehen, das Leben des Kindes nicht berücksichtigt zu werden braucht oder, wenn die schnelle Entleerung des Fruchtwassers ein für Beseitigung gefährlicher Krankheitssymptome wünschenswerthes Ereignis ist.

---

[5] Leopold, Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt etc. Stuttgart, 1888.

[6] E. Braun v. Fernwald und Herzfeld, Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt etc. Wien, 1888.

Auch die Leitung der einmal in Gang gekommenen Geburt muss so stattfinden, dass womöglich der Typus einer normalen Geburt sich abspielt. Desshalb soll man die Blase bis nahe zur vollständigen Eröffnung des Muttermundes zu erhalten suchen, desshalb auch eine Geburt in Schädellage erstreben.

Die Resultate von 105 dieser 118 Fälle von Einleitung der künstlichen Frühgeburt werden demnächst in einer Dissertation durch meinen Assistenten, Herrn Rössing, eingehender besprochen werden. Möglich, dass bei genauerer Durcharbeitung der Zahlen eine oder die andere geringfügige Änderung nothwendig wird.

II. Resorbirbares Chromsäurekatgut.

Von

Privatdocent Dr. **Döderlein** in Leipzig.

(Nach einem in der Leipziger Gesellschaft für Geburtshilfe gehaltenen Vortrage.)

In No. 4 der Münchener med. Wochenschrift von 1890 habe ich experimentelle Untersuchungen über die Desinfektion des Katgut mitgetheilt, die zu dem Resultate führten, dass das Reverdin'sche Verfahren, die trockene Sterilisation des Rohkatgut bei 130° C während 2 Stunden sicher aseptisches und zuverlässig festes Katgut als Naht- und Ligaturmaterial liefert. Gleiches war darüber von Benckiser[1], Brunner[2] und Kammeyer[3] berichtet. Sänger[4] hat nun bei Anerkennung der Sicherheit der Desinfektion des Katgut bei diesem Verfahren doch gegen dessen Verwendung zur Uterusnaht bei Kaiserschnitt Bedenken erhoben, da Rohkatgut, oder wie Sänger sagt, Weichkatgut unter Umständen zu früh resorbirt wird. Diese Bedenken erhalten Berechtigung Angesichts des von Sänger (l. c. mitgetheilten Kaiserschnittes von Teuffel. Desshalb war ich bestrebt durch Präparation des Katgut mit Chromsäure die Resorption desselben zu erschweren, ohne sie gänzlich zu verhindern, wie dies bekanntlich bei dem nach der Vorschrift Mikulicz'[5] bereiteten Chromsäurekatgut durch klinische Erfahrungen von Sänger und mir, wie auch durch die experimentellen Studien Thomson's[6] erwiesen ist. Während bei Karbolkatgut Thomson No. 1 nach 8 Tagen, No. 2 nach 10 Tagen, und No. 3 nach 17 Tagen bis auf kleine Reste resorbirt fand, war dieses Chromsäurekatgut noch nach 64 Tagen vollständig intakt.

Bei der Präparation nach Mikulicz wird Rohkatgut, das 24 Stunden in 10%igem Karbolglycerin gelegen hatte, 4—5 Stunden in

---

[1] Centralblatt für Gynäkologie 1889. No. 31. p. 546.
[2] Beiträge zur klin. Chirurgie 1890.
[3] Inaug.-Diss. Berlin, 1890.
[4] Centralblatt für Gynäkologie 1890. No. 13. p. 224.
[5] Berliner klin. Wochenschrift 1884. p. 286.
[6] Centralblatt für Gynäkologie 1889. No. 24.

½%iger Chromsäurelösung gehärtet, wodurch es, wie Lister sich ausdrückt überpräparirt wird.

Ich habe nun zuerst die von Lister[7] schon im Jahre 1881 angegebene Koncentration der Chromsäurelösung $^1/_{4000}$ versucht, in welcher das Rohkatgut 6 Stunden liegen blieb. Lister erzielte die Desinfektion zugleich dadurch, dass er dazu 200 Theile reiner Karbolsäure fügte und das Katgut, nachdem es getrocknet war, in 20%iger öliger Karbollösung zum Gebrauch fertig aufbewahrt wurde.

Da wir in der trockenen Erhitzung eine zuverlässigere Desinfektion kennen gelernt haben, wollte ich dies Sterilisationsverfahren auch bei dem durch Chromsäure gehärteten Katgut in Anwendung bringen. Ich trocknete zu diesem Behufe die Fäden, die 6 Stunden in dieser Chromsäurelösung gelegen hatten und erhitzte sie sodann im Sterilisationsschrank während 2 Stunden auf 130° C. Wie ich in meiner oben erwähnten Publikation ausführlich mittheilte, ist vor dem Erhitzen des Sterilisationsofen über 100° sorgfältig darauf zu achten, dass das Katgut völlig wasserfrei ist, da bei zu raschem Erhitzen das in demselben enthaltene Wasser nicht entweicht, im Faden vielmehr Leimbildung eintritt, wodurch derselbe brüchig, unbrauchbar wird. Trotz dieser Vorsicht war der mit Chromsäure behandelte Faden bei der Hitze ganz bröcklig geworden, so dass in dieser Weise Chromsäurebehandlung und Sterilisation sich nicht verbinden ließ.

Durch weitere zahlreiche Versuche bin ich schließlich auf eine Verdünnung der Chromsäure bis zu $^1/_{10000}$ gekommen und zwar ließ ich das Katgut nur 10 Minuten in dieser Lösung liegen. Nach sorgfältiger Trocknung erträgt dann das Katgut die Sterilisirung bei 130° während 2 Stunden, ohne an seiner Festigkeit Einbuße zu erleiden.

Nunmehr galt, durch Versuche an Thieren zu erproben, ob diese dünne Chromsäurelösung bei der kurzen Einwirkung schon eine derartige Änderung des Katgut verursacht, dass er schwerer als das Rohkatgut resorbirt wird, also mit demselben angefertige Nähte länger fest bleiben.

Zu diesem Behufe wurden bei 6 Kaninchen nach Laparotomie von innen her in die Bauchwand mehrere Fäden eingezogen und nach dem Peritoneum zu geknotet. Da diese Versuche gerade in Rücksicht auf das Nahtmaterial bei Kaiserschnitt unternommen worden waren, wurde die bei Uterusnaht übliche stärkste No. 4 des Dronke'schen Katgut verwandt. Zur Kontrolle wurden auf der anderen Seite des Abdomen in gleicher Weise Rohkatgutnähte derselben Nummer gelegt.

Nach 2 Wochen zeigte weder Roh- noch Chromsäurekatgut irgend eine Einschmelzung. Nach 3 Wochen waren die Schlingen des Rohkatgut in der Mitte resorbirt, so dass man am Knoten die nach der Mitte zu spitz verlaufenden Enden aus dem Gewebe herausziehen konnte. Chromsäurekatgut war in der ganzen Schlinge noch gleichmäßig resistent.

[7] Berliner klin. Wochenschrift 1881. No. 14. p. 196.

Nach 4 Wochen war das Rohkatgut bis auf kleine Reste im Knoten resorbirt, das Chromsäurekatgut in der Mitte der Schlinge etwas dünner geworden, die Kontinuität des Fadens aber noch nicht unterbrochen. Nach 6 Wochen war auch das Chromsäurekatgut bis auf den Knoten resorbirt.

Es gelang also wie beabsichtigt durch diese Präparation ein Gerben des Rohkatgut, so dass er widerstandsfähiger gegen die Resorption wird als Rohkatgut, ohne dass demselben die Eigenschaft, resorbirt zu werden, genommen wird. Wo man längeres Halten der Nähte wünscht, dürfte er geeignetes Material darstellen.

Die Anwendung dieses Chromsäurekatgut bei einer größeren Zahl von Operationen, darunter 2mal zu Uterusnaht bei Sectio caesarea, erwies dies Material als technich eben so brauchbar und zuverlässig fest wie Rohkatgut.

Herr Prof. Zweifel verwendet neuerdings dies Chromsäurekatgut z. B. zu versenkten Nähten in der Laparotomiewunde, die Fascie, Muskel und Peritoneum außer den durch die ganze Dicke der Bauchwand gelegten Seidennähten genau vereinigen und auch nach der gewöhnlich am 7. Tag erfolgten Entfernung der Seidennähte noch mehrere Wochen vereinigt halten.

Dies Verfahren dürfte dem Rohkatgut den Vorwurf zu rascher Resorptionsfähigkeit nehmen, ohne die Sicherheit der Asepsis zu gefährden.

---

1) **Olshausen.** Über Extra-uterin-Schwangerschaft mit besonderer Berücksichtigung der Therapie in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 8—10.)

Es dürfte in der Gynäkologie kaum ein 2. Kapitel geben, in dem die Ansichten der Autoren so weit aus einander gehen wie in der Therapie der ektopischen Schwangerschaft. Man denke nur an die Behandlung der Extra-uterin-Schwangerschaft in den ersten Monaten mit Elektricität, mit Morphium-Injektionen an die radikale Exstirpation des Fruchtsackes, an das Verfahren nach eingetretener Ruptur, ferner in den späteren Monaten an die verschiedenen Ansichten, wann man operiren solle, wie man mit dem Fruchtsacke und der Placenta zu verfahren habe, welche Rücksichten auf das kindliche Leben zu nehmen seien etc. Durch die Mittheilung resp. Zusammenstellung einzelner glücklich oder unglücklich verlaufener Fälle können diese Fragen nicht gelöst werden.

Wesentliche Fortschritte sind nur zu erwarten, wenn diejenigen Gynäkologen, die über ein großes Material und über große Erfahrungen auf diesem Gebiete verfügen und als Operateure auf der Höhe der Zeit stehen, das Wort in dieser Frage ergreifen.

Schon von diesem Gesichtspunkte aus verdient desshalb die O.'sche Arbeit ein ganz besonderes Interesse.

Zunächst betont er die ungemeine Häufigkeit der Extra-uterin-

Schwangerschaft; jedenfalls entstünden die retrouterinen Hämatocelen noch viel häufiger durch Berstung eines extra-uterinen Fruchtsackes, als dies G. Veit behauptet habe (28%).

Bezüglich der Ätiologie fänden die Hecker'schen Angaben vielfach Bestätigung — danach würden von Extra-uterin-Schwangerschaft besonders Frauen betroffen, die bereits geboren hätten und nach der letzten Entbindung längere Zeit steril geblieben waren. Gewöhnlich sei im letzten Puerperium eine Perimetritis dagewesen, welche durch Dislokationen, Umschnürungen oder Knickungen der Tuben die Passage des Eies in den Uterus sehr erschwert resp. unmöglich gemacht habe.

In anderen Fällen seien Spuren dagewesener Perimetritis und dadurch bedingte grob-mechanische Hindernisse für den Eintritt des Eies in den Uterus nicht aufzufinden.

Hier käme die Ansicht A. Martin's in Betracht, nach welcher eiteriger Tubenkatarrh die Extra-uterin-Schwangerschaft vielfach verschulde. Durch den Verlust des Flimmerepithels und die durch Infiltration und Starrheit der Wandung herabgesetzte Peristaltik der Tuben werde der Transport des Eies in den Uterus erschwert, die Widerstände für das Eindringen der Spermatozoen in die Tuben aber würden herabgesetzt.

Auch interstitielle Myome wären mehrfach bei Extra-uterin-Schwangerschaft beobachtet und als die Veranlassung derselben angesehen worden. Noch kontrovers sei die Frage, ob Polypen am Orific. intern. oder im Lumen der Tube zur Ursache der Tubenschwangerschaft werden könnten.

Leopold, Küstner und Andere nähmen dies an, Ahlfeld halte die Fälle nicht für beweisend. Nach dessen Ansicht hätten sich die betreffenden Tubenpolypen erst unter dem Einfluss der Extra-uterin-Schwangerschaft gebildet — es handle sich um polypöse Deciduawucherungen.

O. theilt einen in dieser Beziehung beweisenden Fall mit.

Die betreffende Frau starb nach 8wöchentlicher Amenorrhoe an innerer Verblutung in Folge Berstung des taubeneigroßen tubaren Fruchtsackes. Im Uterus einige walnussgroße Myome, in der Tube uterinwärts vom Fruchtsacke eine $^3/_4$ cm lange atretische Partie der Tube — nach Ansicht O.'s erst während der Schwangerschaft entstanden.

An der Oberfläche des Fruchtsackes ragten zwischen den Adhäsionen aus mehreren kleinen Öffnungen drei reichlich linsengroße Schleimhautpolypen hervor, welche sich bis ins Lumen der Tube verfolgen ließen und ganz das Aussehen gewöhnlicher cervicaler Schleimhautpolypen hatten. Mikroskopisch zeigten zwei derselben rein fibrillären Bau, nichts von decidualer Bildung, waren also sicherlich nicht als Schwangerschaftsprodukte aufzufassen. O. hält in diesem Falle die Polypen für die nahezu zweifellose Ursache der Tubenschwangerschaft.

Die Erklärung für das häufige Vorkommen von Zwillingen bei tubarer Schwangerschaft findet O. darin, dass die beiden Eier sich gegenseitig den Weg versperren.

Bezüglich des anatomischen Sitzes stimmt er den Resultaten der neueren Forschungen, besonders also denen Werth's, dass nämlich mit wenigen Ausnahmen die ektopische Schwangerschaft in der Tube ihren Sitz habe, im Großen und Ganzen bei, hält aber auch die Möglichkeit, dass sich ein Ei auf dem Peritoneum implantiren könne, noch nicht für ausgeschlossen.

Bezüglich der Therapie in den ersten 3 Monaten räth er bei noch nicht erfolgter Ruptur zur sofortigen Laparotomie. Die Gefahr dieser Operation von geübter Hand sei geringer als der Krankheitszustand selbst. Nach erfolgter Ruptur solle nur bei ganz bedrohlichen Erscheinungen und wenn die äußeren Verhältnisse die Antisepsis gewährleisten, operirt werden.

Bei lebendem Kinde in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft sei jederzeit, ohne Rücksicht auf das kindliche Leben, baldigst zu operiren, auch am Ende der Schwangerschaft sei nicht der Tod der Frucht abzuwarten, weil das Abwarten mehr Gefahr bringe als die Operation bei lebender Frucht.

Sterbe der Fötus in der 2. Hälfte der Schwangerschaft ab, so herrsche im Allgemeinen darüber Übereinstimmung dass man die Operation um 8—10 Wochen bis zur Obliteration des Placentarkreislaufes verschieben solle. Ihm sei es aber fraglich ob dieser Grundsatz auch in Zukunft Geltung behalten werde. Denn das Warten habe auch seine großen Gefahren, z. B. bei der Verjauchung oder Ruptur des Fruchtsackes, der Blutung in denselben etc. Er führt einige derartige unglückliche Fälle aus eigener und fremder Beobachtung an.

Im Anschluss hieran berichtet er über 8 von ihm bei reifem oder nahezu reifem Fötus operirte Fälle.

Alle Fälle genasen, 3mal blieb der Fruchtsack zurück; er wurde nach Annähung an die Bauchdecken mit Jodoformgaze ausgestopft; Zweimal wurde auch die Placenta zurückgelassen, in dem einen Falle am 11. Tage künstlich entfernt, im anderen wurde sie am 34. Tage spontan ausgestoßen.

Viermal wurde der ganze Fruchtsack nebst Placenta exstirpirt, in dem noch übrig bleibenden Falle war gar kein Fruchtsack vorhanden, das lebende reife Kind lag frei zwischen den Darmschlingen die gestielt aufsitzende Placenta wurde mit entfernt.

Zweimal operirte O. bei lebendem Kinde, das eine blieb auch am Leben, in allen übrigen Fällen war der Fötus bereits wenigstens einige Monate abgestorben.

Wenn irgend möglich räth er den ganzen Fruchtsack zu exstirpiren, anderen Falls sei er vor oder nach der Entleerung an die Bauchdecken anzunähen.

Die Elytrotomie und die Drainage nach der Vagina hin verwirft er.

Zur Stillung gefährlicher Blutungen unter der Operation sei die Unterbindung der A. spermatica und uterina anzuwenden.

In einzelnen geeigneten Fällen sei in Zukunft die Zurücklassung der Placenta und sofortige Schließung des Abdomens in Erwägung zu ziehen.

Schwarz (Halle a/S.).

Kasuistik.

2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 27. Juni 1890.

Vorsitzender: Herr Olshausen, Schriftführer: A. Martin, später Herr Dührssen

I. Herr Paul Ruge: Fall von Sarkom des Mesenterium.

Es handelt sich um eine 32jährige Virgo, die früher stets gesund gewesen war, insbesondere nie über Magen oder Darmbeschwerden zu klagen gehabt hat. Dieselbe erkrankte am 20. Januar d. J. unter heftigen Schmerzen im Leibe und Fieber, und bemerkte seitdem eine Geschwulst im Leibe, die schnell wuchs. Daneben stellten sich Ödeme in den unteren Extremitäten ein, ohne dass Eiweiß im Urin war. — Status am 21. Februar 1890. Großer, prall elastischer, aber nicht fluktuirender Tumor, der das ganze Abdomen ausfüllte und bis tief ins kleine Becken hineinragte. Bei der internen Untersuchung, die durch das vollkommen intakte sehr derbe Hymen etwas erschwert war, fühlte man den Tumor neben dem nach rechts gedrängten Uterus und von demselben deutlich abgrenzbar. Das schnelle Wachsthum des Tumors, die plötzliche Erkrankung, die Schmerzen im Leibe, das Fieber, das auch während einer 8tägigen Beobachtung bis zum 28. Februar (abendliche Temperatursteigerungen bis 38,4) anhielt, legten den Verdacht nahe, dass es sich um eine Stieltorsion bei einem Ovarialtumor, in Folge dessen um Stauungen in dem Ovarialtumor und Wachsthum desselben durch massenhafte Blutergüsse handele. — In Folge dessen wurde am 28. Februar die Laparotomie gemacht. Enormer Gefäßreichthum der sehr dicken Bauchwand, massenhaft spritzende Arterien. Verwachsung des Omentum mit der Bauchwand, das Omentum wird abgebunden. Reichlicher Ascites. Ausgedehnte frische Adhäsionen zwischen Tumor, Bauchwand und Därmen. Der blauschwarze Tumor ist so groß, dass er nicht zur Bauchwand herausgewälzt werden kann. Er wird in Folge dessen angeschnitten. Hierbei entleert sich sehr viel altes, flüssiges und geronnenes Blut, ohne dass der Tumor dadurch kleiner wird. Der außerordentlich brüchige Tumor wird in Folge dessen durch Abbröckeln der Geschwulstmassen mit den Händen verkleinert. Nachdem auf diese Weise erstaunliche Quantitäten entfernt waren, ergab sich, dass der Uterus mit beiden Ovarien gesund war. Man konnte nun feststellen, dass es sich um eine kolossale mit flüssigem und geronnenem Blute durchsetzte Geschwulst des Mesenterium handelte (und wie sich später zeigte um ein Sarkom), die mit der hinteren Wand des ganzen Colon transversum, mit der hinteren Wand des Magens, mit einigen Dünndarmschlingen fest verwachsen war, nach oben also bis zum Rippenrande, nach unten bis tief ins kleine Becken hineinragte. Wenn man ferner bedenkt, dass durch den Tumor die Bauchwand erheblich hervorgewölbt war, so kann man sich annähernd eine Vorstellung von der Größe der Geschwulst machen. Da in Folge der angegebenen Verwachsungen eine Entfernung der Geschwulst unmöglich war, so wurde die Geschwulstwunde so gut wie möglich geschlossen und der große Rest versenkt.

Tod nach 24 Stunden. — Ein Trauma hatte nicht vorgelegen. Die Ursache der Blutungen in den Tumor kann also nur durch Thrombosen oder durch Druck des Tumors auf die großen Unterleibsvenen erklärt werden. — In der Litteratur sind nur wenige so große Mesenterialtumoren erwähnt. Dieselben haben mehrfach zu Verwechslungen mit Ovarialtumoren Veranlassung gegeben.

Diskussion: A. Martin ist in der Lage die Schwierigkeiten der Operation derartiger Sarkome des Mesenterium aus mehrfachen Erfahrungen zu bestätigen. Ganz

besonders charakteristisch war das bei einer Pat. der Fall, welche seiner Zeit wegen dieses Tumors, der bald als Myom angesprochen worden war, bald als Ovarialtumor und von verschiedenen Seiten theils mit Ergotin, theils mit Elektrolyse und Elektropunktur behandelt worden war. Die Verwachsungen des Tumors mit Darm, Bauchdecken, Leber, Nieren und allen Nachbarorganen waren unglaublich fest. Schließlich gelang die Ausräumung, doch hat die schon fast moribunde Pat., bei der die Operation als ultima ratio unternommen wurde, dieselbe nicht lange überlebt.

Herr Olshausen: Die Sarkome des Peritoneum sind wohl außerordentlich maligne und für die Operation besonders ungünstige Tumoren. Der letzte von ihm beobachtete Fall betraf ein Mädchen im Anfang der 20er Jahre. Der Tumor war über kindskopfgroß. Schon vor der Operation war der Verdacht auf einen torquirten Ovarientumor gelenkt. Nach Bloßlegung des Tumors erschien derselbe so missfarbig, dass erst recht dieser Verdacht wuchs. Der Tumor wurde ausgeschält, was sehr leicht und schnell gelang. Dabei zeigte sich, dass kein Zusammenhang mit den Genitalorganen war. Der Tumor saß vielmehr ganz zwischen den Därmen. Bei der Ausschälung trat eine so formidable Blutung ein, dass man sofort die Höhlung nach Mikulicz tamponiren musste. Die Kranke ging am 1. Tage an der Blutung und Nachblutung zu Grunde. In einem zweiten Falle handelte es sich um ein Mädchen am Ende der 20er Jahre, welche vor $1^1/_2$ Jahren wegen eines größeren Ovarientumors operirt war. Der Tumor war ein Sarkom (Endotheliom). Der jetzige Tumor war ein größeres Sarcoma peritonei, welches entfernt wurde. Doch blieben Metastasen in größerer Zahl zurück. Die Kranke wurde zwar lebend entlassen, ging jedoch wenige Wochen nachher an allgemeiner Sarkomatose des Peritoneum zu Grunde.

Herr Schülein: Ich hatte vor 5 Monaten Gelegenheit einen ähnlichen Fall zu operiren. Es handelte sich um ein 25 Jahre altes Fräulein, welches mir von außerhalb zugeschickt war. Die Untersuchung in Narkose ergab nichts Bestimmtes, da der Leib übermäßig stark ausgedehnt war und sich außerdem noch freie Flüssigkeit im Abdomen befand. Ich vermuthete, dass es sich um einen malignen Tumor mit Ascites handelte. An ein Aufschieben der Operation war nicht zu denken, da Pat. aufs höchste geschwächt war, sehr starke Schmerzen hatte und die Temperatur an 40^0 C. so wie der Puls von 120—140 Schlägen zu einem sofortigen Eingriff mahnten. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sah ich nach Entleerung von Ascitesflüssigkeit einen großen Tumor von blaugrünlicher Farbe, der innig mit dem Omentum maj. zusammenhing und als von diesem ausgehend betrachtet werden musste. Eine vollkommene Entfernung des Tumors, der mit den Därmen stark verwachsen war, bis an die Wirbelsäule und ins kleine Becken hineinreichte, war nicht möglich. Es blieben einige Reste im Abdomen. Uterus und Ovarien waren normal. — Pat. wurde nach der Operation fieberfrei, starb jedoch am 4. Tage nach derselben an Erschöpfung. — Leider ist durch ein Versehen der Tumor abhanden gekommen, so dass eine mikroskopische Untersuchung nicht vorgenommen werden konnte.

Herr C. Ruge erwähnt, dass ihm mehrere Mal retroperitoneale Geschwülste vorgelegen haben, deren hier keine Erwähnung geschehen sei: es handelte sich seiner Erinnerung nach nicht allein um Sarkome, sondern auch einfache Fibrome; diese Geschwülste erscheinen ihm etwas häufiger, als es nach der Diskussion erschiene — eben so, wie er bei Besprechung der Hydronephrose und deren operative Beseitigung zu erwähnen unterlassen hätte, dass einige Mal sich scheinbare Ovarialtumoren nach der Untersuchung als Hydronephrosen herausgestellt hätten.

Herr Bröse erwähnt, dass der von Herrn C. Ruge citirte Fall von Fibrom des Mesenterium, welcher von Möricke operirt wurde, jener bekannte Fall sei, bei welchem Möricke das Mesenterium und das Colon transversum in seiner ganzen Ausdehnung resecirte und die Pat. dennoch genaß.

Herr Olshausen hält es für keineswegs unvermeidlich, dass nach der Ablösung des Darmrohres vom Mesenterium Gangrän eintritt.

A. Martin bestätigt diese Angaben gegenüber den Äußerungen des Herrn Bröse aus eigener Erfahrung. In einem Fall von sehr ausgedehnten Verwach-

sungen fielen mehrere Stücke Mesenterium aus: der Darm musste ohne Mesenterium versenkt werden. Pat. genas ohne Störung, ja der Motus peristalticus kam sogar auffallend früh in normaler Weise und spontan in Gang.

Herrn Olshausen erwiedert Herr Bröse, dass von Lauenstein auf dem Chirurgenkongress ein Fall mitgetheilt wurde, in welchem nach der Resektion des Mesenterium das Colon transversum desshalb gangränös wurde und die Kranke zu Grunde ging.

II. Herr Paul Ruge: Fall von Komplikation von Ovarialtumor mit Schwangerschaft.

Die Pat. bekam im 3. Monate der Schwangerschaft (Juli 1889) Drang zum Urinlassen. Im Anfang August starke Ödeme der äußeren Genitalien und unteren Extremitäten, ohne dass Eiweiß im Urin war. Herr Kollege Tamm, der deswegen um Rath gefragt wurde, fand bei der internen Untersuchung einen faustgroßen fluktuirenden Ovarialtumor im hinteren Scheidengewölbe. — Kollege Flaischlen, der am 10. August hinzugezogen wurde, konnte den Befund bestätigen, und eben so ich, als ich die Pat. am 14. August zuerst sah. Die Ödeme hatten sich bei ruhiger Bettlage inzwischen zurückgebildet. — Am 21. August trat blutiger Urin, Blutungen aus dem Cervix ein, außerdem kolossale Presswehen, die häufig wiederkehrten und die Portio jedes Mal vor die Vulva drängten. In der Narkose und Seitenlage wurde von mir der Tumor reponirt. Derselbe lag nunmehr rechts vom Fundus uteri als fluktuirender mit dem Uterus verbundener Tumor. Da der Cervix sich zu eröffnen begonnen hatte, wurden Laminariastifte eingelegt, dieselben am 21. August Abends erneuert und dann am 22. August Fötus und Placenta entfernt. Das Wochenbett verlief glatt. Blut im Urin hat sich nicht wieder gezeigt.

Am 18. September 1889 wird die Pat. in der Narkose untersucht, durch Kollegen Flaischlen, Carsten, Tamm, mich und durch einige andere anwesende Ärzte der rechtsseitige fluktuirende Ovarialtumor festgestellt, und daraufhin am 19. September die Laparatomie gemacht. Hierbei ergab sich, dass der Uterus und die Ovarien von normaler Beschaffenheit waren und dass jeglicher Tumor fehlte. Es lag auf der Hand, dass bei oder nach der Untersuchung am 18. September die Geschwulst geplatzt oder zerdrückt war. Im Interesse der Pat. wurde nicht lange nach seiner Höhle gesucht, sondern die Bauchwunde geschlossen. Wahrscheinlich hat es sich um einen Parovarialtumor gehandelt, da die Ovarien anscheinend in Ordnung waren. — Abgesehen von etwas Blasenkatarrh war der Verlauf glatt. Ähnliche Fälle von Verschwinden resp. Platzen von Ovarialtumoren sind beschrieben, trotzdem lohnt es sich doch, über einen derartigen ganz interessanten Fall kurz zu berichten.

Diskussion: Herr Olshausen bestätigt die relative Häufigkeit des Berstens der Ovarialtumoren. Dieselben können dann vollständig verschwinden. In einem von ihm beobachteten Fall fand er den Tumor nicht, zu dessen Operation die Pat. ihm zugeschickt worden war. Nach einiger Zeit sammelte sich der Geschwulstinhalt wieder an und wurde nun der Tumor von dem behandelnden Arzt rite entfernt.

Gewöhnlich sind diese Tumoren von kleinem U[redacted]g, auch besonders häufig parovarialen Ursprungs, die wohl Dutzende von [redacted]tzen.

Es scheint festzustehen, dass die Ovariotom[redacted]er Schwangerschaft eine gute Prognose bietet, was allerdings wohl z. Th. darin [redacted]inen Grund hat, dass es sich dabei meist um kleinere Geschwülste handelt.

Herr Czempin hat mehrfach Tumoren der Ovarien beobach[redacted] welche im Laufe der Zeit ihre Größe veränderten, ja völlig verschwanden. Vo[redacted]ngsweise sind zwei Fälle interessant, wo Ovarialtumoren von über Faustgröße während eines Abortes von 3 resp. 4 Monaten sicher konstatirt wurden, bei späterer Untersuchung indessen völlig fehlten. In einem dieser Fälle war der Tumor fest im kleinen Becken eingekeilt, so dass die Ausräumung des Uterus, welche durch Fieber dringend indicirt war, außerordentlich schwierig wurde. Im zweiten Falle lag der Tumor links neben dem Uterus und bot für die Diagnose des Falles Schwierig-

keiten, da eine Reihe anderer Erscheinungen den Verdacht auf [Extra-uterin-Schwangerschaft nahe legten. Als die Sondirung des Uterus Placentarreste ergab und die Entfernung derselben beendet worden, war wie im ersteren Falle der Ovarialtumor noch deutlich und in gleicher Größe vorhanden. Eine Zersprengung desselben durch die Operation hatte demnach nicht stattgefunden. Trotzdem ergab die Untersuchung beider Pat. einige Wochen später, dass von jenen Geschwülsten nichts mehr vorhanden war.

Herr Veit regt die Frage an, wie weit es sich empfiehlt, bei der Komplikation von Ovarialtumoren mit Schwangerschaft die Operation hinauszuschieben. Auch seine Erfahrung spricht für die Ungefährlichkeit der Operation in der Schwangerschaft aus den angeführten Gründen. Aber wenn wirklich mittelbar oder unmittelbar nachher Abortus so leicht folgt, wie Herr Olshausen berichtet, so ist es doch vielleicht zweckmäßig zu warten bis das Kind lebensfähig ist. Wenigstens erscheint ihm die Gefahr der Stieltorsion gerade in der Schwangerschaft nicht so überaus groß, während sie allerdings im Wochenbett sich geltend macht. Wenn Veit daher auch sicher bei weiteren Folgen eines Ovarialtumors in der Schwangerschaft — wie z. B. in dem Fall des Herrn Ruge — sofort operirt, so muss er doch die Frage erörtern, die bisher wenig beachtet ist, wann man operiren soll. Er ist geneigt im Interesse der Lebensfähigkeit des Kindes bis etwa 4 Wochen ante terminum zu warten, auch hat er hier die günstigsten Operationsbedingungen in Folge der allgemeinen Auflockerung gefunden.

Herr Olshausen stimmt Herrn Veit nicht bei; er räth so früh als thunlich zu operiren. Die vermeintliche Auflockerung ist von zweifelhaftem Werth. Je früher, um so besser: Diesen Satz Schröder's bestätigt Herr Olshausen durchaus. Eine weitere Gefahr dürfte dabei aber noch besonders genannt werden; die Stieltorsion. Und diese Komplikation gehört in der That zu den misslichsten für die Prognose.

Herr Veit hält die Häufigkeit der Stieltorsion während der Schwangerschaft für etwas fraglich. Herr Jaquet spricht sich ganz entschieden für ein möglichst frühzeitiges Operiren bei Ovarialtumoren während der Schwangerschaft aus und citirt die gleiche Ansicht P. Müller's aus dessen Lehrbuch.

A. Martin stimmt gleichfalls denjenigen bei, welche die Ovariotomie in den Fällen der Komplikation von Schwangerschaft und Ovarialtumoren so früh als möglich vornehmen. Der erste s. Z. von A. Martin operirte Fall illustrirt eine andere Seite dieser Frage: die Pat. wurde als »im Abortus begriffen« ihm zugeführt. Der Abort war augenscheinlich durch den Druck der großen Ovarialgeschwulst bedingt. Es wurde möglichst schnell die Ovariotomie gemacht und dadurch die Schwangerschaft erhalten. Die Pat. ist am normalen Schwangerschaftsende spontan niedergekommen. Aber nicht bloß die Möglichkeit, auf diesem Wege die Schwangerschaft zu erhalten, drängt nach der Ansicht A. Martin's zur möglichst frühen Operation, auch die Rücksicht auf die Ernährungsstörungen in der Geschwulst, selbst ohne Stieltorsion. Auch in dem beschriebenen Fall handelte es sich um ein in Zerfall begriffenes Dermoid.

III. A. Martin: Zur Technik der Blasenscheidenfisteloperation.

Bei der betr. Pat. fehlte das ganze Septum Vesico-vaginale, mit dem oberen Stück der Urethra. Aus der fünfmarkstückgroßen Öffnung drängte sich die Blase vor. Pat. war bedeckt mit erosiven Geschwüren, der Urin stark alkalisch; aus dem Cervix, der hoch hinauf in seiner vorderen Wand eingerissen war, quollen stinkende eitrige Massen.

Pat. war vorher schon 2mal vergeblich operirt worden. Die Fistel selbst datirte aus dem ersten Wochenbett vor 15 Jahren; über den Geburtsverlauf weiß Pat. nichts anzugeben. Sie hat ein allgemein verengtes, vorwiegend plattes Becken.

Nachdem Pat. im Lazaruskrankenhaus, dessen Direktor, Herr Prof. Langenbuch, dem Vortr. die Operation übertrug, die Geschwüre geheilt und die normale Beschaffenheit des Harns hergestellt, wurde zur Operation geschritten. Die Deckung des Defektes gelang durch eine ausgedehnte Umschneidung der Scheidenschleimhaut, so weit sie an den Defekt grenzte. Dann wurde im Cervix eine Art Emmet'sche Operation gemacht, die Scheidenschleimhaut nach der Blase zu eingestülpt,

die Umschneidungsgrenzen vernäht. Schließlich wurde die jetzt in das Scheidenlumen sehende Wundfläche der vorderen Scheidenwand wie bei einer Colporrhaphia anterior gedeckt. Die starre Narbenkontraktion im Cervix und in der linken Wand der Scheide war sehr hinderlich. Trotz eines intensiven Blasenkatarrhes ist die Basis der Blase hergestellt; nur am Cervix ist eine Fistel geblieben, deren Heilung einer Nachoperation vorbehalten bleibt.

Dieses Verfahren ähnelt dem Volkmann'schen bei der Deckung der ektopirten Blase. Dasselbe dürfte vor der Narbenspaltung nach Fritsch, eben so wie vor dem Verfahren von Trendelenburg den Vorzug der Einfachheit besitzen, natürlich nur für Fälle von ausgedehntestem Defekt.

(Der Vortrag wird später in extenso veröffentlicht werden.)

Diskussion: Herr Olshausen stimmt Herrn Martin bei Betreffs der spontanen Heilung von Blasencervixfisteln, für die Blasenscheidenfisteln ist sie auch ihm problematisch.

Herr Czempin weist auf die in jüngster Zeit von Trendelenburg angegebene Lappenbildung aus der hinteren Scheidenwand hin, wobei in zweizeitiger Operation ein Lappen der hinteren Scheidenwand völlig in den Defekt der vorderen Scheidenwand eingeheilt werden soll. In Betreff des Falles selber theilt Herr C. mit, dass die voraufgegangenen beiden Operationen von ihm selber vor $^3/_4$ Jahren während einer neuen Schwangerschaft der Pat. im 3. und 4. Monat ausgeführt worden waren. Die Anzeige zu der Operation in der Schwangerschaft fand C. damals in dem Umstand, dass jede neue Entbindung der fern von Berlin wohnenden Pat. bei ihrem stark verengten Becken eine Vergrößerung der jahrelang bestehenden Fistel mit sich zu bringen pflegte. Leider vereitelte die bald wieder eintretende Zersetzung des Urins die Heilung. Die Schwangerschaft blieb noch 6 Wochen nach der zweiten Operation bestehen, und trat der Abort erst nach Rückkehr der Kranken in ihre Heimat ein. Erleichtert wurden die damaligen Operationen durch die in der Schwangerschaft eingetretene Auflockerung der Narben, welche eine Verziehung des Uterus gestatteten.

Herr Olshausen erwähnt, dass auch schon G. Simon eine Transplantation zur Dekung großer Defekte versucht habe, indem er einen aus dem Schenkel resp. Perineum excidirten Lappen verwandte.

Herr Jaquet berichtet einen Fall von Blasencervixfistel, in dem er die Fistel operativ erfolgreich schloss. Während einer neuen Gravidität ging die Fistel wieder auf. Herr Jaquet leitete nun den Abort ein, worauf sich die Fistel spontan schloss.

Herr Gottschalk: Der Ansicht des Herrn Martin, dass Blasenscheidenfisteln sich niemals spontan schließen, muss ich auf Grund einer Erfahrung, die ich vor ca. $1^1/_2$ Jahren machen konnte, widersprechen. Ich wurde damals von einem Kollegen zu einer Ipara am 4. Tage des Wochenbettes wegen eingetretenen Puerperalfiebers und Incontinentia urinae zugezogen. Ich fand an der Grenze zwischen unterem und mittlerem Drittel der vorderen Scheidenwand eine etwa 10pfennigstückgroße Blasenscheidenfistel, durch welche sich der stark zersetzte Urin entleerte. Durch energische Blasendesinfektion und entsprechendes diätetisches Verhalten, suchte ich in einigen Tagen die Urinbeschaffenheit mit Erfolg zu bessern und führte durch die Harnröhre einen dicken, elastischen Katheter in die Blase, welchen ich liegen ließ. Gleichzeitig verstopfte ich täglich von der Scheide aus mit einem Jodoformgazestreifen die Fistel derart, dass die Wundränder derselben möglichst genähert wurden. Der Erfolg war, dass kein Tropfen Urin durch die Fistel abfloss, vielmehr der Harn beständig sich durch den Verweilkatheter nach außen entleerte. Zu meiner nicht geringen Überraschung schloss sich unter dieser Behandlung die Fistel im Laufe einer Woche, obschon die Kranke gleichzeitig eine schwere puerperale Allgemeininfektion durchmachte, von der sie erst nach 6 Wochen wohl in Folge einer energisch durchgeführten Alkoholtherapie genas.

Ich möchte annehmen, dass solche spontane Heilungen von Blasenscheidenfisteln im Wochenbett häufiger beobachtet würden, wenn man in der von mir eingeschlagenen Weise dafür sorgte, dass kein Urin durch die Fistel abfließen kann.

Die Gesellschaft beschließt für diesen Sommer die gewohnte Julisitzung ausfallen zu lassen und beauftragt ihren Schriftführer das Protokoll schon jetzt zum Abdruck zu bringen.

Nachtrag zu der Liste

an Vorträgen, welche bis zum 18. Juli 1890 für die VIII. Abtheilung des X. internationalen medicinischen Kongresses (Geburtshilfe und Frauenkrankheiten) bei dem Geschäftsführer angemeldet sind.

43) Winckel (München): Über die Behandlung der Hernia vaginalis labialis (mit Demonstrationen). — 44) Rein (Kiew): Antisepsis oder Asepsis bei Laparatomien mit Demonstration bakteriologischer Präparate. — 45) Werth (Kiel): Tubenabort und Haematocele retrouterina. — 46) Doléris (Paris): Le but physiologique en Gynécologie; nécessité d'une thérapeutique conservatrice. — 47) La Torre (Rom): Contribution à l'action de l'électricité sur les fibromes utérines. — 48) Halbertsma (Utrecht): Über Kaiserschnitt bei Eklampsie. — 49) Jürgens (Berlin): Demonstration zweier Becken bei mangelhafter Bildung der Genitalien. — 50) Massin (St. Petersburg): Über die Ergebnisse der Elektrotherapie bei Fibroma uteri. — 51) Menge (Berlin): Über Salpingitis gonorrhoica. — 52) Mackenroth (Berlin): Demonstration gynäkologischer Präparate. — 53) Bouilly (Paris): Les résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'uterus. — 54) Sabatier (Lyon): Bassin à double Synostose sacroiliaque sans rétrécissement transversal. — 55) Raether (Hamburg-Altona): Demonstration eines Syncephalus und Thoracopagus. — 56) Küstner (Dorpat): Die Entstehung amniotischer Bänder. — 57) Cortejarena (Madrid): La fièvre puerpérale. Sa pathogénie et traitement profilactique et curatif. — 58) Frank (Köln): Stielbehandlung bei Porro mit Demonstration. — 59) Winter (Berlin): a) Zur Behandlung des Abortes. b) Demonstration von Kranken und Präparaten. — 60) E. Cushing (Boston): Drainage after Laparatomie. — 61) Engström (Helsingfors): Zur Ätiologie des Uterusmyom. — 62) Fasbender (Berlin): Über eine ausgedehntere Verwerthung der Bauchpresse für gewisse Geburtsfälle. — 63) Kaltenbach (Halle): Demonstration von Präparaten. — 64) Barbour (Edinburgh): Frozen Sections from the eighth month of Pregnancy, the First and Second Stages of Labour and immediately after Delivery. — 65) Truzzi (Mailand): Deux cas d'osteomalacie operés par la castration. — 66) Döderlein (Leipzig): Über eine vereinfachte Massagebehandlung der Retroflexio uteri. — 67) Assacy (Bukarest): De l'hysteropexie ventrofixatio uteri extra-péritonéale. — 68) Gottschalk (Berlin): Demonstration mikroskopischer Präparate zur Entwicklungsgeschichte der menschlichen Placenta. — 69) Pestalozza (Pavia): Graphique du pouls du foetus dans l'uterus de la mère. — 70) Salvat (Bordeaux): L'eléctricité combinée au massage en gynécologie. — 71) Wathen (Louisville): Treatment of Etopic Pregnancy with report of cases. — 72) Acconi (Turin): Contribution à l'anatomie et la physiologie de l'uterus puerpérale. — 73) Dobronravow (Kiew): Zur Frage der Indikation und Methode der künstlichen Frühgeburt.

X. Internationaler medicinischer Kongress.

Von der Sektion VIII (Geburtshilfe und Gynäkologie) wird am Mittwoch den 6. August d. J. um 6 Uhr ein Diner veranstaltet. Das Kouvert kostet 10 ℳ. Die Anwesenheit der Damen der Herren Kongressmitglieder ist eben so erwünscht, wie die Einführung anderer Kongressmitglieder als Güste. — Es ist dringend nothwendig schon jetzt eine ungefähre Übersicht der Theilnehmer zu haben und daher bitte ich Anmeldungen mit Angabe der Zahl der gewünschten Kouverts baldmöglichst an den Schriftführer Dr. J. Veit, Berlin W. Matthäikirchstr. 12 richten zu wollen.

Dr. A. Martin, Geschäftsführer der Sektion.

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger und eine Beilage von Peter Hobbing in Leipzig.

BOSTON MEDICAL
AUG 14 1890

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 31. Sonnabend, den 2. August. **1890.**

Inhalt: v. **Grünwaldt**, Eine Modifikation der Dammoperation nach Lawson Tait. (Original-Mittheilung.)

1) **Dührssen**, Tiefe Einschnitte. — 2) **Bumm**, Uterusplacentargefäße. — 3) **Saurenhaus**, Endometrium bei Carcinom. — 4) **Roger**, Mischinfektion. — 5) **Pichevin**, Uterusmyome. — 6) **Mauriac**, Hereditäre Syphilis.

7) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Leipzig. — 8) **Häberlin**, Lupus hypertrophicus. — 9) **Terillon**, Ulceration am Collum uteri. — 10) **Poupinel**, Carcinose. — 11) **Czerny**, Tuberkulose des Peritoneum. — 12) **Black**, Porro-Operation. — 13) **Charles**, Uterusruptur.

Eine Modifikation der Dammoperation nach Lawson Tait.

Von
Dr. **O. von Grünwaldt** in St. Petersburg.

Man kann mit Bestimmtheit behaupten, dass bezüglich des Endresultates es nahezu gleichgültig ist, nach welcher Methode die Dammplastik ausgeführt wird. Wird die Auffrischung sorgsam gemacht und der Import infektiöser Stoffe verhütet, so können wir nähen wie wir wollen und womit wir wollen, die gewünschte Heilung wird immer eintreten. Für die Wahl der Methode wird daher die Beantwortung der Frage maßgebend werden, auf welche Weise den zu Operirenden die mit der Nachbehandlung verbundenen Unbequemlichkeiten auf das geringste Maß herabgedrückt werden, und nebenbei, wie die Dauer der Operation am sichersten abgekürzt werden kann. Die Lawson Tait-Sänger'sche Operation hat sich gewiss in Folge der letztgenannten Rücksicht schnell eine so allgemeine Aufnahme in die Praxis erobert, dass sie bei vielen Operateuren an die Stelle aller anderen früher geübten Methoden getreten ist. Es kleben ihr dennoch einige Mängel an, welche ich bei der gleich zu beschreibenden Modifikation der Operation vollkommen vermieden gesehen habe.

Die Mängel, welche mir bei der Operation nach Lawson Tait unbequem erschienen, sind folgende:

Der durch Lappenspaltung gewonnene große rechteckige Lappen findet keine befriedigende Verwendung und muss zum Theil nekrotisch zu Grunde gehen.

Die tiefen, unter der ganzen Wundfläche durchgelegten und auf dem Damme geknoteten Nähte umgreifen so reichlich Gewebe, dass sie in Folge der dadurch nothwendig werdenden festen Schnürung tief in das Mittelfleisch einschneiden und mitunter unterhalb der neugebildeten Kommissur und oberhalb des Anus einen Wundtrichter bilden, der Wochen bis zu seiner Heilung resp. Ausfüllung mit Granulationen bedarf. Ich habe das 2mal erlebt, und wenn schon das Endresultat ein vollkommen befriedigendes war, so ließ doch dasselbe länger, als wünschenswerth und nothwendig war, auf sich warten.

Endlich muss, falls auch eine Kolporrhaphie nothwendig ist, dieselbe noch besonders gemacht werden.

Der große Vortheil der Operation nach Lawson Tait, mittels Lappenspaltung liegt in der Art der Wundmachung vom Damm aus. und mit Benutzung dieses Princips habe ich in den letzten Wochen 4mal mit überraschender Leichtigkeit und bestem Erfolge operirt wie folgt: Spannung des Dammes mittels beiderseits unterhalb der Lab. minora durchgezogene Seidenfäden; darauf Lappenspaltung in genügender Breite; der mit einer Péan'schen Klemmzange gefasste vordere Rand des Lappens wird angezogen und gehoben. Nun wird stumpf mit dem Finger und der Schere der Lappen abpräparirt aber nicht rechteckig sondern spitzwinklig, — wie das auch von Stratz vorgeschlagen ist; die Spitze des Lappens kann so hoch hinauf verlegt werden, als es wünschenswerth ist, auch bis an das Collum uteri heran, wenn es nöthig ist eine Colporrhaphia posterior zu machen. Darauf wird nach Stratz Vorgang der Lappen median bis in die Spitze des Dreiecks gespalten, jederseits successive der noch bleibende dreieckige Lappen parallel seiner Basis 1—3 Linien weit von dieser in eine gerade Klammer gefasst, und entlang dieser mit wenigen Scherenschnitten geradlinig abgetragen. Es bleibt dann jederseits an den Schenkeln des Dreiecks (der erste Schnitt in den Damm als Basis gedacht) ein dicker, 2—4 mm breiter Lappensaum noch, der die neue Columna posterior bilden hilft. Die gewonnene Anfrischungsfigur entspricht genau der, die bei der Simon-Hegar'schen triangulären Methode gewonnen wird, — mit dem Unterschiede, dass nach meinem Vorschlage die äußeren Schenkel der Wunde von einem dicken fleischigen Lappenrande gebildet werden.

Die Nahtanlegung geschieht mit versenktem fortlaufendem Katgutfaden in zwei Etagen. Der erste Einstich ca. 2—3 mm nach außen vom linken untersten Wundwinkel im Damm; das Ende des Fadens wird von einem Gehilfen fixirt; Ausstich in der Mitte zwischen der Medianlinie und dem linken Wundrande, Einstich dicht nebenbei

medianwärts und Ausstich rechts in der Mitte zwischen Medianlinie und rechtem Wundrande, entsprechend dem ersten Ausstich. Nun wird die erste Etagennaht bis zum oberen Wundwinkel fortgeführt unter Kontrolle des in das Rectum eingeführten Zeigefingers, und beim Zusammenziehen der Naht darauf geachtet, dass die umnähten Wundflächen sich genau an einander legen.

Ist man mit der ersten zur Versenkung bestimmten fortlaufenden Naht beim oberen Wundwinkel angelangt, resp. hat man den Faden nahe vom rechten Wundrande ausgestochen, so macht man den nächsten Einstich in die Schleimhaut, entsprechend der Basis des aufgeklappten Lappensaumes, führt die Naht über der ersten Etage fort, und sticht sie rechts wiederum durch die Basis des Lappensaumes aus. Je weiter man mit der Naht nach unten kommt, um so tiefer umgreift sie den Grund der Wunde und wird nahe der Medianlinie aus- und wieder eingestochen. Beim Zusammenziehen der Naht muss sich die Wundfläche so an einander legen, dass die inneren Ränder der jederseitigen Lappensäume lineär vereinigt werden. In Folge der Dicke der Lappensäume ist diese obere Nahtetage überraschend leicht anzulegen; sie endet rechts gegenüber der ersten Einstichstelle, und die Knotung mit dem vom Gehilfen fixirten Fadenende ist einfach und leicht. Klafft hier und da eine Stelle, so kann eine Katgutnaht nachgelegt werden. Selbstverständlich geht, wo das nöthig ist, Ablatio mucosae cavi, Amputatio colli und Colporrhaphia ant. vorher, und diese ebenfalls mit versenkten fortlaufenden Katgutetagennähten.

Die Nachbehandlung ist ganz indifferent; der Damm wird mit Jodoform bepudert; wo es nöthig ist, der Urin per Katheter entleert, vom 6. Tage an mit Ol. Ricini und Klysma für leichten Stuhl gesorgt. Am 14.—15. Tage konnten meine Kranken genesen entlassen werden, und vom 2. Tage an spürten sie keinerlei Schmerz oder Unbequemlichkeit, welche manchen Kranken mit nach Lawson Tait angelegten Nähten nicht erspart bleibt, die auch den Kranken recht schmerzhafte und für den Operateur mühsame Entfernung der Nähte fällt natürlich weg, wenn auch vom Katgut nach mehr als 14 Tagen noch einzelne Fasern nicht resorbirt sind.

Die Vorbereitungen zur Operation, die Asepis sind die gewöhnlichen.

In den letzten Wochen habe ich 5mal in der angegebenen Weise operirt und zwar bei unvollkommenem Dammriss. Ein sechster Fall, der früher operirt wurde, betraf einen kompleten Riss und wurde nicht genau so operirt in so fern als der Darmdefekt mit feinen versenkten Seidenknopfnähten vereinigt wurde; unter der versenkten Katgutnaht drei tiefe auf dem Damm geknotete Seidennähte angelegt worden waren und auch die Auffrischungsfigur die Lawson Tait'sche war. Jedoch ist dieser Umstand irrelevant, und beweist nur, dass auch komplete Dammrisse eben so leicht nach der von mir vorgeschlagenen Methode zu heilen sind, wie nach jeder anderen; die

Heilung erfolgt nur in einer für die Kranken bequemeren Weise aus den Eingangs erwähnten Gründen.

Die erste der genannten 5 Operationen wurde am 26. April d. J. ausgeführt.

---

1) **Dührssen.** Über den Werth der tiefen Cervix- und Scheiden-Dammeinschnitte in der Geburtshilfe.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVII. Hft. 1.)

Verf. empfiehlt auf Grund theoretischer Erwägungen und einer Anzahl klinischer Beobachtungen die ausgedehnteste Anwendung tiefer Incisionen in die Cervix, so wie in die Scheide und den Damm in der Geburtshilfe. Allerdings betont er, dass Einschnitte in den Saum des mangelhaft erweiterten Muttermundes nur dann einen Sinn haben, wenn der supravaginale Theil der Cervix völlig erweitert ist. Daher findet er die Einschnitte hauptsächlich bei Erstgebärenden angezeigt, bei Mehrgebärenden nur bei abnorm rigider oder narbiger Beschaffenheit der Vaginalportion. Die Incisionen sollen in der Regel tief sein, d. h. bis zum Ansatze der Scheide. Oberflächliche und dabei vielfache Einschnitte sind nur angezeigt bei der Atresie und der Conglutinatio orificii externi, wenn eine stumpfe Erweiterung nicht gelingt; ferner bei Rigidität der Portio, wenn leichte Chloroformnarkose, so wie längeres Zuwarten erfolglos sind. Verf. empfiehlt die tiefen Einschnitte in den Muttermund in allen Fällen von mangelhaft eröffnetem äußeren Muttermunde, in denen eine strenge Anzeige zur Beendigung der Geburt seitens der Mutter oder des Kindes vorhanden ist. 2—3 Schnitte genügen, um den Muttermund völlig zu erweitern. »Diese tiefen Schnitte in die Cervix sind bei antiseptischer Leitung der Geburt ungefährlich. Eine Infektion derselben ist unter diesen Umständen nur bei schon inficirten Fällen möglich, lässt sich aber auch dann ziemlich sicher vermeiden bez. unschädlich machen. Auch ein Weiterreißen der tiefen Schnitte findet nicht statt. Die Blutung ist dem entsprechend nur gering und macht die spätere Naht unnöthig.« Nach Verf. lässt sich durch diese tiefen Schnitte »die für Mutter und Kind höhere Sterblichkeit bei alten Erstgebärenden und beim vorzeitigen artificiellen Blasensprunge aus der Welt schaffen und bei Placenta praevia und Eklampsie der Erstgebärenden die Entbindung in ungefährlicher Weise schon im Geburtsbeginne, ja zuweilen schon in den letzten Wochen der Schwangerschaft vornehmen«. D. findet die tiefen Incisionen ferner angezeigt bei Nabelschnurvorfall der Erstgebärenden, bei plattem und allgemein verengtem Becken, um im günstigen Momente durch Wendung bez. Zange die Geburt zu beenden, so wie um eine günstige Einstellung des Kopfes durch den äußeren Druck zu ermöglichen.

Mit den Cervixschnitten sind in vielen Fällen die tiefen Scheiden-Dammeinschnitte zu verbinden, um jeden Widerstand seitens der Weichtheile auszuschalten. Hierdurch werde die hohe Zange und

die Ausziehung am Fuße zu einer leichten gemacht und die Prognose der Operation für Mutter und Kind verbessert. Angezeigt seien diese Einschnitte bei Erstgebärenden, bei welchen nach Vornahme der Schnitte in die Cervix der vorliegende Theil noch hoch stand, ferner bei Vaginismus und bei kyphotischem oder Trichterbecken Erstgebärender. »Die Schnitte sind am besten mit einem Messer gleich in der beabsichtigten Länge von etwa 4 cm und 2—3 cm Tiefe« (um den Widerstand des Levator ani und des Constrictor cunni zu brechen) »vorzunehmen, sobald bei der Zangenoperation der Saum des Scheideneinganges stärker angespannt wird und der Kopf dem Zuge nicht weiter folgt.« Verf. macht auf die Gestaltsveränderungen, welche die Wundflächen bei diesen Schnitten durch die Zurückziehung der durchschnittenen Muskeln erleiden, so wie auf die sich daran anknüpfende Nothwendigkeit einer rationellen Nahtvereinigung aufmerksam. Sollte die Nahtvereinigung nicht heilen, so sei späterhin die Lawson Tait'sche Operation am Platze, wie auch die Emmet'sche Operation zur Beseitigung der etwa nicht geheilten Cervixrisse. Verf. führt 10 Fälle an, in denen sich die tiefen Incisionen in die Cervix, bez. auch in Scheide und den Damm gut bewährt haben. Doch folgt aus diesen Fällen noch nicht die allgemeine Verpflichtung für jeden Geburtshelfer, nach D.'s Vorschriften zu handeln. Nach seiner eigenen Ansicht »muss jeder Arzt, der sich mit Geburtshilfe überhaupt beschäftigt, den Werth der Einschnitte würdigen und kennen lernen, ausführen darf sie aber nur derjenige, welcher die kleinsten Einzelheiten der Antisepsis nicht nur kennt, sondern mit der peinlichsten Gewissenhaftigkeit auch stets anwendet, welcher die Übung im Untersuchen besitzt, um die Art der Einstellung des Kopfes genau zu erkennen, welcher schon eine gewisse Übung in den verschiedenen geburtshilflichen Operationen besitzt, und dem ein vollständiges geburtshilfliches Armamentarium zur Verfügung steht«. (Wie viele Geburtshelfer wird es geben, welche sich die Qualitäten aberkennen lassen? Wem sind nun die tiefen Einschnitte erlaubt? Wem sind sie zu verbieten? Ref.) **Pfannenstiel** (Breslau).

---

2) **Bumm.** Zur Kenntnis der Uteroplacentargefäße.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVII. Hft. 1.)

B. gewann das Untersuchungsmaterial, indem er an reifen geborenen Placenten die mit bloßem Auge leicht sichtbaren mütterlichen Gefäße im Serotinaüberzuge aufsuchte und mit der Umgebung herausschnitt. Um die Gefäße gut zu sehen, ist es nöthig, die Placenten frisch zu untersuchen und alle anhaftenden Blutgerinnsel mit Wasser abzuspülen, wobei die Imbibition der Serotina mit Wasser diese Haut noch durchsichtiger macht, als sie ohnedem schon ist.

Verf. beschreibt ausführlich die Beschaffenheit und den Verlauf, so wie die Ausmündung der Venen und Arterien und bestätigt die

nunmehr schon ziemlich zahlreichen Beobachtungen von freier Ausmündung der mütterlichen Gefäße in den Zwischenzottenraum. 16 Abbildungen erläutern des Verf.s Angaben.

Bezüglich der Blutströmung im mütterlichen Theil der Placenta kommt B. zu folgenden Ansichten.

In der Serotinaschicht, welche die Oberfläche der Kotyledonen überkleidet, ist ein reich entwickeltes Netz geschlängelter Venen, welche in die intervillösen Räume einmünden; am Rande der Kotyledonen finden sich zahlreiche korkzieherartig gewundene Arterien, welche in den Septa der Placenta nach abwärts dringen und ihr Blut in das Innere der Kotyledonen ergießen. Zwischen diese zusammengehörigen Arterien und Venen sind an Stelle des Kapillarsystems die intervillösen Räume eingeschaltet. Danach stellt jeder Kotyledo ein besonderes Strömungsgebiet des mütterlichen Blutes dar.

Nur gegen die Membran des Chorion zu, hängen die Strömungsgebiete der einzelnen Kotyledonen mit einander zusammen. Durch die Randkotyledonen stehen dieselben auch mit dem sog. Randsinus in Verbindung,, welchem jedoch für die Abfuhr des Blutes nur eine sekundäre Bedeutung zuzuschreiben ist. **Pfannenstiel** (Breslau).

---

3) **Ernst Saurenhaus** (Berlin). Das Verhalten des Endometrium bei Carcinom der Portio vaginalis oder des Cervix.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVIII. Hft. 1.)

S. hat es sich zur Aufgabe gestellt, die Veröffentlichung Abel's über die Veränderung der Körperschleimhaut (des Uterus) bei Portio- oder Cervixcarcinom durch Kontrolluntersuchungen an dem Material der königl. Frauenklinik zu Berlin zu beleuchten. Während Abel angiebt, dass in einer großen Reihe von Portio- und Cervixcarcinomen die Körperschleimhaut sarkomatös degenerire, kommt S. auf Grund seiner ungleich umfangreicheren, äußerst sorgfältigen mikroskopischen Untersuchungen zu dem Resultat, dass die Veränderung der Körperschleimhaut bei oben genannten Erkrankungen in nichts von den Befunden an Drüsen und Zellen abweiche, wie sie bei jeder gutartigen Endometritis ohne obige Komplikation vorkommen. Von den 50 Uteri, die Frauen von 22—66 Jahren angehören, hatten 28 Carcinoma cervicis, 22 wegen C. portionis vaginalis durch Totalexstirpation entfernt werden müssen. Fast konstant fand S. in seinen Präparaten Spindelzellen, meistens um die Drüsen herum angeordnet. Doch weder ihrer Struktur, noch ihrer Anordnung nach waren sie auf Malignität verdächtig und sicher nicht sarkomatös, wenn gleich sie ja an das Bild einer beginnenden sarkomatösen Erkrankung erinnern können.

Diese rein wissenschaftlichen Studien sind auch in praktischer Beziehung in so fern wichtig, als sie vollauf den Vorschlag Schröder's rechtfertigen, bei beginnendem Carcinom der Portio vaginalis konservativer vorzugehen und statt der Totalexstirpation des Uterus

durch die bloße supravaginale Amputation des Scheidentheils eine dauernde Heilung herbeizuführen. **K. Ruhemann** (Berlin).

---

4) **Roger** (Paris). Über Misch- und Sekundärinfektionen.

(Gaz. des hôpitaux 1890. No. 14.)

Den gonorrhoischen Gelenkrheumatismus fasst Verf., wenigstens für die Mehrzahl der Fälle, nicht als Lokalisation des Trippergiftes, sondern eher als eine sekundäre Invasion der Gelenke durch gewöhnlichen pyogenen Staphylococcus auf, worin er mit Gerheim u. A. übereinstimmt. Ebenfalls sieht er im Puerperalfieber, dessen eigentliches Agens Streptococcus pyogenes sein soll, das Hinzutreten des Staphylococcus als eine sekundäre Infektion an. Aus diesen und ähnlichen Befunden und Betrachtungen über verschiedene Infektionskrankheiten und ihre Wechselbeziehungen baut Verf. seine Arbeit auf.

Sack (Langensteinbach).

---

5) **M. R. Pichevin** (Paris). Über den Werth verschiedener Methoden in der Behandlung der Uterusmyome.

(Gaz. des hôpitaux 1890. No. 8.)

In dem interessant geschriebenen Artikel unter Berücksichtigung der einschlägigen reichen Litteratur, unterzieht Verf. einer eingehenden Kritik die palliative und die radikale Methode der Therapie der Uterusfibroide, und weist nach, dass die von mancher gewichtigen Seite warm empfohlene Kastration auch mehr oder weniger Palliativmittel sei, wenn sie auch mitunter nicht weniger Schwierigkeiten und Gefahren mit sich bringt, als die Uterusexstirpation selbst. Gegen die Kastration führt P. an: 1) dass sie weit nicht in allen Fällen die gewünschte Menopause herbeiführt; 2) dass eine Verkleinerung der Geschwulst keine konstante Erscheinung nach der Operation ist, noch mehr! dass das Myom in seinem Wachsthum und seiner Degeneration noch fortschreiten kann; 3) dass die a priori scheinbar so unbedeutenden technischen Schwierigkeiten bei der Ausführung der Operation unüberwindlich werden können, und dass schließlich 4) nach zahlreichen Statistiken sich die Mortalität immerhin auf 14% beläuft, welche Ziffer eher zu niedrig gegriffen ist. Aus alledem und auch daraus, dass die größten Operateure in der Aufstellung der Indikationen und Kontraindikationen für Oophorektomie bei Myomen unter einander gar nicht einig sind, folgert Verf., dass die beiden Operationen — die Myom- resp. Hysterektomie und die Ovariotomie — gar nicht gleichwerthig sind, geschweige denn die letztere der erstgenannten vorzuziehen wäre. Ein warmes Wort spricht Verf. der medikamentösen und elektrolytischen Behandlung, welcher, bei Misserfolg, eine wiederholte Auskratzung nach vorausgehender Cervixdilatation oder Discission, folgen sollte. Erst wenn auch diese gegen hartnäckige Blutungen im Stich lässt, kommt eine Radikaloperation in Frage, worunter P. eigentlich nur Myomektomie

versteht, die Kastration dagegen nur für diejenigen Fälle gelten lässt, wo die erste Operation nicht ausführbar ist.

Sack (Langensteinbach).

---

6) **Mauriac** (Paris). Hereditäre Syphilis.

(Gaz. des hôpitaux 1889. No. 141. p. 1286.)

Verf. bespricht verschiedene Modalitäten der Syphilisübertragung von den Eltern auf die Frucht und von der Frucht auf die Mutter und fasst kurz die bekannten Sätze von Kassowitz u. A. über hereditäre Syphilis zusammen. Der verheerenden Wirkung der hereditären Syphilis auf die Menschheit wird auch gedacht.

Sack (Langensteinbach).

Kasuistik.

7) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

Sitzung vom 20. Januar 1890.

Vorsitzender: Herr Sänger; Schriftführer: Herr Donat.

I. Eingelaufen u. A. ein Dankschreiben von Herrn Geheimrath Credé auf die ihm anlässlich seines 70. Geburtstages überreichte Glückwunschadresse.

Der Vorsitzende beantragt, dass die Gesellschaft in einer der folgenden Sitzungen in eine Diskussion über die Wirkungen der Influenza auf geburtshilflichem und gynäkologischem Gebiete eintreten möge.

Herr Hennig verlor kürzlich eine Wöchnerin an Grippe. Der Bezirksarzt habe in den letzten Wochen 15 puerperale Todesfälle an Influenza gemeldet bekommen. Es verlohne sich daher wohl eine solche Diskussion abzuhalten.

Darauf Annahme des Antrages.

II. Herr Landerer: Operativ geheilte Ectopia viscerum bei einem Neugebornen (mit Vorstellung des Kindes).

L. operirte (25. November 1889) einen 16 Stunden alten Knaben in Narkose. In dem Bruchsack fanden sich — eingeklemmt — der größte Theil des Magens, das Colon transversum, einige Dünndarmschlingen und Netz. — Trotz der Narkose gelang es nur schwer, die Eingeweide in den kahnförmig eingezogenen Leib zu reponiren, eine 5 markstückgroße Partie des Überzugs der Bruchgeschwulst, welche mit dem Magen verwachsen war, musste nach Spaltung der Linea alba bis zum Proc. xiphoideus reponirt werden. Ungestörte Heilung. — Nach der Veröffentlichung von Klausner ist bis jetzt nur ein kleiner Theil der betreffenden Fälle operirt und davon nur ca. $^1/_5$ geheilt worden. Die Narkose hält L. für durchaus unschädlich und zur Reposition für unerlässlich.

Herr Hennig: Auch Olshausen habe sich für Chloroformnarkose in solchen Fällen ausgesprochen.

Herr Zweifel möchte den Fall des Vortr. eher als eingeklemmten Nabelschnurbruch bezeichnen.

Was die Narkose anlange, so habe er einmal in einem Falle von Laparotomie wegen Atresia ani chloroformirt und vertrug das Kind die Narkose sehr gut. Überhaupt sei es mehr die Narkose bei älteren Kindern, wobei Aufregung und Angst eine Rolle spielen, welche gefürchtet würden. Sehr gut geeignet für Kinder sei auch die Lachgas-Sauerstoffnarkose, doch nicht bei Laparotomien.

Herr Landerer giebt zu, dass man seinen Fall auch als Nabelschnurbruch auffassen könne.

Herr Sänger, das Entscheidende sei wohl, ob der Bruchinhalt ganz oder nur theilweise in einem Sack von Amnionhaut liege. Bei sehr großen Ektopien

der Eingeweide wie hier werde auch die normale Haut zum Bruchsack herangezogen.

III. Herr Döderlein: Über fötalen Stoffwechsel.

(Ausführlich veröffentlicht unter dem Titel: Vergleichende Untersuchungen über Fruchtwasser und fötalen Stoffwechsel. Arch. f. Gynäkologie Bd. XXXVII, 1.)

Diskussion. Herr Zweifel: Die Arbeit des Vortragenden sei von großer Wichtigkeit für den Gegenstand. Nur vergleichende Untersuchungen bei Thieren leuchten aus der Sackgasse heraus, in welche die Fruchtwasserfrage gerathen sei. So vielfach die ursprüngliche Gusserow'sche Lehre angegriffen worden sei, durch Gegenbeweis widerlegt worden sei sie nicht. Der Lehre, dass der Fötus sich aus dem so gehaltlosen Fruchtwasser ernähren soll, könne wohl die aus dem vorigen Jahrhundert stammende Annahme daneben gestellt werden, wonach er auch Fruchtwasser athme. Die bisherigen Untersuchungen drehten sich hauptsächlich um den Harnstoff. Hier stehen nur die Untersuchungen von Zuntz und Cohnstein über den Stoffwechsel als Räthsel da, sonst erschienen die Deduktionen über die Herkunft des Harnstoffes einfach. Das im Fruchtwasser enthaltene Eiweiß muss aus den Nieren des Fötus stammen. So hätten A. Martin und Ruge u. A. nachgewiesen, dass auch der Urin des Neugeborenen in den ersten Lebensstunden eiweißhaltig sei. Dieses Eiweiß könne sehr wohl auch zur Ernährung des Fötus dienen trotz seiner unbedeutenden Menge, dann aber nur im entsprechenden Verhältnis. Vielleicht soll die Magenverdauung des Fötus damit geübt werden. Weiter abwärts im Darmtractus finde sich kein Eiweiß mehr. Dies habe er s. Z. bei seinen Untersuchungen über das Meconium nachgewiesen. Weitere Untersuchungen über den fötalen Urin würden wohl zu einer Bestätigung der Lehren Gusserow's führen.

Herr Hennig frägt den Vortr., ob er auch Untersuchungen über Uterinmilch angestellt habe.

Herr Döderlein: Nein. Vielleicht sei die Uterinmilch nur Zersetzungsprodukt.

Herr Hennig: Ercolani gab das nicht zu.

Herr Zweifel: Auch Bonnet nicht.

Herr Sänger: Die Ergebnisse der Arbeit des Vortr. seien einfach und einleuchtend. Es habe auch ihm nie in den Sinn gewollt, dass das Fruchtwasser zur Ernährung des Fötus dienen solle. Wozu dann die Placenta? Wenn alle fötalen Organe vom Zeitpunkt ihrer fertigen Ausbildung an ausgiebig funktionirten, warum nicht die Nieren? Sie thäten es, und der abgesonderte Urin werde in das Fruchtwasser entleert. Den gegentheiligen Ansichten Ahlfeld's habe er stets wiedersprochen. Ungelöst sei nur noch die Frage, in welchem quantitativen Verhältnis sich Mutter und Frucht an der Ausscheidung des Fruchtwassers als eines Transsudates, wie es Vortr. auffasse, betheiligten.

Herr Döderlein glaubt nicht, dass der Fötus sich an der Bildung dieses Transsudates betheilige. Wohl habe er ein großes Wasserbedürfnis, das er aus dem Fruchtwasser befriedige, aber das eigentliche Transsudat stamme von der Mutter. Hinsichtlich der in ihm enthaltenen Eiweißmengen sage Ahlfeld wohl, dass sie sich nach und nach kumulirten, aber auch dann seien sie so gering, dass sie als fötale Nahrung und Speise nicht in Betracht kämen.

IV. Herr Zweifel: Zum zweiten Mal wiederholter Kaiserschnitt. Vorstellung der Geheilten.

Herr Sänger: Die von Herrn Zweifel zuerst vorgeschlagene Netzdeckung des Uterus habe er bereits in seinem Buche erörtert, auch selbst angewendet. Sie involvire aber eine Gefahr, welche bei Verwachsungen mit der vorderen Bauchwand weniger drohe, das ist Begünstigung von Strangulation und Achsendrehung des Darmes. Das Ideal sei: freier Uterus, freie Bauchwand. Bei der heutigen Technik komme es meist zu so geringfügigen Verwachsungen mit letzterer, dass sie sich oft kaum nachweisen lassen und gewiss weder so fest, noch so ausgedehnt seien als z. B. bei Ventrofixatio uteri retroflexi. Das Subserosium der vorderen Bauchwand an der Verwachsungsstelle gebe leicht nach, der sich verkleinernde

Uterus ziehe die Adhäsionen aus, wodurch sie gedehnt, verdünnt und gewi auch gelöst werden könnten. Übrigens könnten solche Adhäsionen in Nachahmu des Schultze'schen Verfahrens bei Retroflexio uteri fixati auch künstlich g sprengt werden.

Herr Landerer: Auch Senn empfehle bei Darmnaht das Netz als Schut über die Nahtstelle auszubreiten.

V. Herr Schücking (als Gast): Über vaginale Fixation bei Retro flexio und Prolapsus uteri.

Unter Vorzeigung des von ihm hierzu angegebenen Instrumentes schilde Vortr. ausführlich seine bekannte Methode und berichtet über 62 bis jetzt s Ausführung gekommene Fälle, worunter 48 eigene. (Siehe die letzte darauf b zügliche Veröffentlichung des Autors, Centralbl. für Gynäkologie 1890. No. 8.)

Herr Zweifel habe die Methode des Vortr. mit großem Interesse verfolg Hinsichtlich ihrer Gefahrlosigkeit werde er wohl Recht behalten, trotzdem b derselben sicher Blasenverletzungen vorkommen, wie es ihm das häufige Au treten blutigen Urinabganges beweise. Darin könne er sich mit dem Vort nicht einverstanden erklären, dass da, wo man mit dem Katheter nichts von d Faden fühlte, die Blase auch unversehrt geblieben sei. Es sei vielmehr sein feste Überzeugung, dass in jedem Falle, wo der Urin blutig war, die Blase durch stochen wurde und diese Färbung des Urins nicht durch das Wegdrängen d Blase mittels des Katheters entstand. Eine Blasenverletzung erscheine meist al höchst bedenklich. Aus früheren operativen Befestigungen der Scheide bei Pro lapsus hatte er selbst erfahren, dass unter Umständen die Blase sehr wenig reagir Es sei ihm vorgekommen, dass Fremdkörper durch Decubitus in die Blase ge langten ohne unwillkürlichen Harnabgang, ja ohne eine nennenswerthe Reakti der Blase zu veranlassen, wenn die Fremdkörper aseptisch waren. Der Spaltu der vorderen Muttermundslippe durch Einschneiden der Ligatur lasse sich leic abhelfen durch die Anwendung von Balkennähten. Wenn z. B. eine Bleiplatt oder ein Elfenbeinstäbchen vor den Muttermund gelegt und dahinter geknot werde, dann der mit der Schücking'schen Nadel aus dem vorderen Scheiden gewölbe herausgeführte Faden vorn angezogen und wiederum über einer Blei- od Glasplatte geknotet werde, falle jede Möglichkeit eines Einschneidens durch di Ligatur hinweg.

So sehr ihn die Operation interessirte, so hätte er doch eigentlich bis zur Stunde keine Gelegenheit gehabt, eine Indikation für dieselbe zu finden.

Den beweglichen retroflektirten Uterus habe er fast immer aufrichten und durch Pessar in der Normallage erhalten können. Bei fixirter Retroflexio habe er die Ventrofixation ausgeführt. Dabei sei auch die vaginale Ligatur unausführbar.

Herr Sänger könne nicht verstehen, wie die vaginale Ligatur Vorfälle des Uterus und der Scheide soll beseitigen können, da sie doch lediglich eine vaginale Fixation des künstlich anteflektirten Uterus, und zwar in schräger Richtung, bewirke. Erstere Blasen- so wie Darmverletzungen seien doch nicht ausgeschlossen, wenn gleich sie bis jetzt nicht vorgekommen zu sein schienen. Sein eigener Vorschlag, auf den sich Vortr. auch bezogen habe, sei dahin gegangen, das vordere Scheidengewölbe quer zu spalten, die Blase vom Collum uteri bis zur Plica peritonealis ant. hinauf abzulösen und nun erst den künstlich anteflektirten Uterus nach vorn zu fixiren. — Die Zeit sei leider zu sehr vorgerückt, um die Ventrofixation als Konkurrenzoperation in Parallele zu ziehen.

Herr Schücking: Wenn es sich um Prolaps mit Erschlaffung des Beckenbodens und Retroflexio uteri handle, sei die Wirkung der vaginalen Ligatur doch gut erklärlich. Er habe einen solchen Fall dauernd geheilt. Auch Thure Brandt lege das Hauptgewicht darauf, dass der Uterus anteflektirt liege.

Herr Sänger: Dieser Vergleich passe in so fern nicht, als die Erklärung, welche die Brandt'sche Schule für die Heilung von Prolapsen gebe, darauf hinausgehe, dass die hintere Fixation des Uterus ihren Tonus wieder erhalte, was auch für die operative Heilung der Retroflexio uteri anzustreben sei, während die Methode des Vortr. eine vordere Fixation bewirke.

Herr Döderlein: Wenn die Ligatur eine größere Masse Bindegewebe mitfasse, könne man sich wohl denken, dass auch ein Prolaps gegen die vordere Beckenwand hin fixirt werde.

Herr Schücking: So habe er es auch gemeint.

Die Frage des Herrn v. Tischendorf, ob nach der vaginalen Ligatur nicht dauernd Schräglage des Uterus vorkomme, verneint Herr Schücking.

Sitzung vom 17. Februar 1890.

Vorsitzender: Herr Sänger; Schriftführer: Herr Donat.

I. Herr Zweifel berichtet über einen Fall von vaginaler Ligatur des retroflektirten Uterus nach Schücking, den Letzterer selbst in der Klinik operirt habe.

Die Blase wurde verletzt. Es kam zu Harnträufeln und Fieber. Schließlich folgte aber gute Heilung.

Herr Sänger: Eben zur Vermeidung von Blasenverletzungen sollte erst das Peritoneum von der Blase abgelöst werden, damit man zwischen beiden mit oder ohne Eröffnung der vorderen Bauchfelltasche direkt an den Uterus herankommen könne. Dass jetzt schon eine ganze Reihe von operativen Verfahren zur Heilung der Retroflexio um den Vorzug streiten, rührt daher, dass die Angriffspunkte so verschiedenartige sind. Ein ideales Verfahren sei noch nicht gefunden.

II. Herr Zweifel: Vorstellung von zwei Neugeborenen mit Ektopia vesicae, Spaltbecken und Prolapsus ani.

III. Herr Hennig: Über kindliche Osteomalacie.

Die herrschende Meinung ist, dass die wahre Knochenerweichung nur dem weiblichen Geschlechtsreifen Weibe zukomme. Lange waltete auch die Annahme, dass ohne Schwangerschaft Osteomalacie unmöglich sei, bis Sprecher eine hochgradige Knochenerweichung von einer Frau beschrieb[1], welche bald nach der Heirath zu erkranken anfing, ohne geboren zu haben. Ihr Becken ist so zusammengeknittert, dass der Coitus regularis unmöglich ist. Kürzlich ward auch das Becken einer Hochbetagten als osteomalacisch gemeldet. Viel seltener als bei Nulliparae ist genannte Krankheit bei Männern.

Auf ein Beispiel vom Kinde ward Sprecher durch die Decemberdiskussion der Gesellschaft geführt. Zwar reiht es sich nach der Ansicht des Experten, Ernst Wagner, in die »Osteomalacie im engeren Sinne« noch nicht ein, doch ist es als ein verwandtes oder Übergangsstadium eben so der Beachtung werth, wie die Pseudorachitis des von Sprecher geschilderten Leipziger geschwänzten Kindes (Sitzungsberichte der Naturforsch. Gesellschaft zu Leipzig XIII. Jahrgang p. 27).

Der durch den Tod viel zu früh unserer Gesellschaft entrissene Julius Schmidt hat im Jahre 1859 ein Kind aus unvollkommener Knielage entwickelt, dessen Geschlecht (Monatsschrift für Geburtskunde XIV, 426) leider nicht angegeben ist. Die Mutter, Erstgebärende, damals 44 Jahre alt, war an einen 10 Jahre jüngeren Mann verheirathet. Während der Geburt fühlte S. die Knochen der Frucht biegsam und mürbe. Nach $1^1/_2$ Stunden starb das Kind. Die Knochen desselben boten unzählige frische, aber auch mehrere in Heilung begriffene, auf etwa 2 Monate zurückzudatirende Brüche dar.

Die der Rachitis zukommenden Auftreibungen der Epiphysen fehlten. Dagegen vermisste man fast überall die koncentrische Anordnung der Knochenlamellen. Auffallend war die Vermehrung und Vergrößerung der Knochenkörperchen zumal ihrer Ausläufer; letztere traten nachbarlich in mehrfache Gemeinschaft. Mehrere der so gebildeten primären und sekundären kleinsten Höhlen gingen an geeigneten Stellen in makroskopische Gruben über, welche mit kernreichen Zellen oder mit Masse gefüllt waren, wie sie den schwammigen gesunden Knochen zukommt; die meisten Lücken aber waren leer. Die Substanz der spongiösen Knochen war fettlos. Ihre Bindegewebszellen boten Kernwucherung, nirgend Übergang zu Eiterkörperchen dar. Die Knochenhaut war normal.

---

[1] Archiv für Gynäkologie 1873.

Während dieser Fall keine Spur von Syphilis zeigte, beschrieb Wagner in Anschluss an denselben den Schädel eines wahrscheinlich angeboren syphilitischen Kindes, bei welchem Caries sicca mit einer Wucherung der Knochenkörperchen und mit Osteophyten vergesellschaftet war, welche beide Produkte der fremdartigen Osteoporose des Schmidt'schen Beispieles höchst ähnelten und ebenfalls dem Schwunde in verschiedenen Epochen anheimfielen.

Bei der Schwierigkeit der Unterscheidung gewisser Formen oder Stadien der Knochenerweichung, welche vielleicht theilweise auf individuellen Verhältnissen beruhen, sei hier eine Betrachtung C. O. Weber's (Enarratio consumtionis rachiticae cet. Bonn. Diss. 1862) eingefügt, welcher mehrere Arten der sekundären Knochenerweichung annimmt. Seine Betrachtung knüpft sich an einen Fall höchstgradiger Rachitis (Pseudo-Osteomalacie) und an das Becken der Frau Supiot im Museum Dupuytren unter Herbeiziehung noch zweier selbständig und sorgfältig untersuchter Exemplare. Außerdem behandelte Weber eine Frau, welche wenige Wochen nach der 2. (einer Früh-) Geburt an »Flexibilitas cerea« erkrankt war, also ein Kautschukbecken trug. Diese Person hatte, wie der Hennig'sche Fall der Nullipara, in feuchter Wohnung zubringen müssen.

W. betont mit Recht, dass im ersten Stadium der Krankheit Rachitis und Osteomalacie selbst mikroskopisch zum Verwechseln ähnliche Bilder liefern. Aber der rachitischen Halisterese geht das Stadium ab, in welchem der Knochen die fibröse Umwandlung erfährt. Ferner entbehrt die Osteomalacie des Merkmals, dass die auch ihr zukommende osteoide Substanz sich nie zwischen Knochen und Knochenhaut ablagert. Und in der That, in dem von W. analysirten Beispiele (Oberschenkel) waren Epiphysen und Knochenhaut unversehrt. Dagegen waren, wie im Schmidt'schen angeborenen Beispiele, die etwas erweiterten Markräume mit fettloser röthlicher Gallerte erfüllt, auch die von Bindegewebe und Gefäßen eingenommenen Markkanälchen höchst fettarm.

Bisweilen besteht in der Osteopsathyrose neben dem gesunden Knochengewebe schon die osteoide Verarmung, welche am Rande in die fibröse, bindegewebige Umwandlung übergeht, also auch das 3. Stadium neben einander. Letzteres greift stets aus den Wänden der Markkanäle auf die Knochenschale über.

Von der gemeinen Osteoporose, z. B. der marantischen Greisenform, unterscheidet sich die als puerperale bekannte demnach durch das Fehlen obiger Übergangsstadien; die marantische Osteoporose nämlich wandelt das Knochengewebe sofort mittels fettiger Entartung in Mark um.

Außer allen Zweifel ist das Vorkommen der weiblichen Osteomalacie beim Kinde gesetzt durch eine Beobachtung von Rehn und v. Recklinghausen (C. Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten III, 1. 106. 1878): etwa 1¾jähriges Kind, Skelett als rachitisch bezeichnet, fast ganz biegsam, dem Hollundermarke vergleichbar. Rachitische Veränderungen sehr mäßig, Epiphysen kaum geschwollen; die Knochenbälkchen fast ganz entkalkt; peripher osteoides Gewebe, nach innen zu lamellär gestreift, ohne Fortsätze der randständigen Knochenkanälchen (zackigen Höhlen), zwar ebenfalls kalkfrei, aber in Vorbereitung zur Osteosklerose.

An diese theoretische Verhandlung schließt sich eine praktische Notiz: im Jahre 1887 hatte Redner eine ältere Mehrgebärende wegen enormer Gebärmutterschmerzen zu behandeln. Es ist der 4. von ihm beobachtete Fall von weiblicher Osteomalacie. Im 7. Monate schwanger verlangte die sehr abgemagerte Frau künstliche Frühgeburt. Wegen der enormen Enge des kleinen Beckens durfte die durch den Leidenszustand gebotene Operation nicht länger verschoben werden, wenn die Frucht auch gerettet werden sollte. Die Merrem'sche Methode lieferte ein schwächliches Kind, welches nur wenige Stunden fortlebte. Das Wochenbett war ungestört.

Als die Frau sich 1888 nochmals schwanger meldete, ward ihr Abwarten und Kaiserschnitt vorgeschlagen. Die Schmerzen im Fruchtträger und in dem noch stärker als vor 12 Monaten zusammengeschobenen Becken waren jedoch Ursache, dass dem Drängen der Gepeinigten auf augenblickliche Erlösung nachgegeben

werden musste. Frühgeburt mittels der an elastischer Röhre befestigten Condom-Blase, Anfang 7. Monats. Das Kind starb während der Geburt, die Wöchnerin genas.

Diskussion: Herr Zweifel: Dass die Fälle des Vortr. Osteomalacie seien, wolle er nicht bestreiten. Eben so wie in der Klimax kämen danach solche Erkrankungen auch bei Kindern vor.

Er beharrt Fehling gegenüber auf seiner Ansicht.

Herr Hennig: Für besonders bedeutsam in ätiologischer Beziehung erachte er zu lange fortgesetztes Stillen, besonders bei Zutritt erneuter Schwangerschaft.

Herr Zweifel bestätigt dies. Gusserow fand, dass mit der Milch eine besonders starke Ca-Ausscheidung stattfinde. Als Ergebnis einer seinerzeit in dem Laboratorium von Hoppe-Seyler durchgeführten eigenen Arbeit über Stoffwechsel bei Osteomalacischen zeigte sich aber, dass sonst keine starke Ca-Abscheidung erfolge.

Herr Hennig: Virchow fand in der Bronchialschleimhaut einer Osteomalacischen Ca-Ablagerung.

Herr Wagner frägt, ob auch Knochenbrüche zum Bilde der Osteomalacie gehörten.

Herr Hennig: Ja. Dieselben könnten auch sehr wohl zur Heilung kommen.

Herr Sänger: Gewisse als kongenitale Osteomalacie bezeichnete angeborene Knochen-Dysplasien sollte man nicht mit der echten Osteomalacie vermengen, schon da die damit behafteten Kinder gewöhnlich von sonst gesunden Müttern stammen und die Kinder osteomalacischer Mütter nichts von deren Krankheit darbieten. Porak bezeichnet jene Erkrankungsform neuerdings als »Achondroplasie«.

Herr Hennig klassificire sie vorläufig mit unter die Rachitis.

IV. Herr Sänger: Über Lappen-Trachelorrhaphie.

(Ausführlich veröffentlicht in Sammlung klin. Vorträge, Neue Folge, No. 6.)

Herr Zweifel: Wenn er den Tenor der Operation verstanden habe, so solle Cervixschleimhaut gespart und erhalten werden, was durch eine Lappenoperation wohl möglich sei. Doch brauche auch bei Excision von Cervixschleimhaut keine Verengerung zu Stande zu kommen. Vergleicht den Cervixriss mit einer Hiebwunde mit Aufschlitzen der Mundlippenkommissur. So wie man den Narbensaum der äußeren Haut weggenommen habe, lasse sich die Hautwunde leicht vereinigen. Er habe nicht sehr viele Cervixrisse operirt, weil er nicht glaube, dass so viele Beschwerden davon ausgingen. Tiefe Risse nähe er natürlich.

Herr Sänger habe bisher stets so operirt, dass die Anfrischung der Narbe folgte und zum Verschluss des Risses mehr Scheiden- als Cervixschleimhaut herangezogen wurde. Diese Anforderung erfülle auch die Lappen-Trachelorrhaphie, indem sie die Narbe einfach spalte. Dadurch entstehe zwischen der erhaltenen Cervix- und der Portio-Scheidenschleimhaut eine Wunde, die man nur durch Knopfnähte zu schließen brauche, um die Cervix wiederhergestellt zu haben.

V. Herr Sänger: Außergewöhnlicher Fall von Ovariotomie. (Carcinoma ovarii nach Exstirpatio uteri carcinomatosi totalis.)

46jährige, sehr beleibte Frau. Juni 1888 vaginale Totalexstirpation wegen Carcinoma corporis uteri mit Wegnahme der linksseitigen Adnexa. Glatte Heilung. Völliges Wohlbefinden bis August 1889. Von da an rasch wachsende, feste Geschwulst im Unterleibe, Ascites, Ödem der Beine, Anasarca der Vulva und Bauchhaut, Abmagerung, Kachexie. In der Annahme, dass es sich um Carcinom-Metastasen in der Bauchhöhle handle und in Anbetracht des sehr schlechten Allgemeinbefindens — der kleine frequente Puls wies auch auf Entartung des Herzfleisches hin — wurde von der Laparotomie abgesehen. In den nächsten Monaten dreimalige Punktion des Ascites, jedes Mal mit Entleerung von 7 Liter Flüssigkeit. Stetige Zunahme der Ödeme, hochgradige Dyspnoe wegen Hydrothorax und Hydropericard. Da trat Ende December nach der letzten

Punktion im Anschluss an Influenza eine unerwartete Wendung zum Besseren ein. Die Ödeme nahmen ab, unter Rückgang der Wasseransammlung in den Brusthöhlen wurde die Athmung freier, die Herzthätigkeit kräftiger; Appetit und Schlaf kehrten wieder — die anscheinend dem Tode Verfallene erholte sich so merkwürdig, dass nunmehr die Laparotomie beschlossen und am 6. Februar 1890 ausgeführt wurde. Erst wurden 7 Liter Ascitesflüssigkeit abgelassen, dann der Bauchschnitt bis auf 30 cm verlängert, um die Geschwulst herauszufördern. Ligatur von breiten Netzadhäsionen, Unterbindung des kurzen aus Tube, Mesosalpinx und Resten des Lig. lat. dextrum bestehenden Stieles, zuletzt Ablösung der fast handtellergroß angewachsenen, äußerst verdünnten Harnblase, welche nach der vom Vortr. angegebenen Methode intraperitoneal abgekapselt wurde. Der 8 Kilo schwere Tumor war ein markiges von zahlreichen kleinen cystischen Höhlen durchsetztes Carcinom des bei der Totalexstirpation zurückgelassenen rechten Eierstocks.

Bauchfell überall glatt, keinerlei andere Metastasen in der Bauchhöhle. Keine Spur eines Carcinomrecidivs in der Scheidennarbe. Von Interesse war an der Geschwulst auch eine handtellergroße, zackig geränderte, nekrotische Partie, deren Demarkation bereits so weit vorgeschritten war, dass eine Abstoßung in die Bauchhöhle in kürzester Zeit hätte erfolgen müssen.

Pat. machte eine glatte Heilung durch. (Konstatirung völligen Wohlbefindens, blühenden Aussehens bei der letzten Vorstellung, Juni 1890.)

Hauptsächlich bemerkenswerth, an diesem Falle ist das Auftreten eines Carcinoma ovarii etwa 1 Jahr nach Carcinoma corporis uteri mit Totalexstirpation des Organs, woraus die Lehre zu ziehen ist, unter allen Umständen, selbst, oder richtiger gerade bei Klimakterischen, beide Ovarien mit zu entfernen.

Weiter ergiebt sich, dass die schwersten Symptome allgemeiner Wassersucht und Kachexie keineswegs Anzeichen peritonealer und pleuraler Metastasen oder gar allgemeiner Carcinose zu sein brauchen und auch wieder rückgängig werden können. In gegenwärtigem Falle bestand offenbar längere Zeit ein Cirkulationshindernis im Bereiche der Venae iliacae, azygos und hemi-azygos, welches sich mehr und mehr verminderte, einerseits je freier die Geschwulst in die Bauchhöhle hinaufgelangte, je stärker diese ausgedehnt wurde, während andererseits die Herabsetzung des intraabdominellen Druckes durch die Punktionen die Entlastung der betreffenden Venengebiete und die Resorption der Transsudate förderten.

VI. Herr Sänger: Demonstrationen.

1) Cysto-carcinoma ovarii dextri (12 Pfund); faustgroße, nicht proliferirende Cyste des anderen Ovarium von einer 36jährigen Frau, welche $^3/_4$ Jahr vorher wegen Adenoma diffusum polyposum corp. et cervicis operirt worden war. Dieser Fall reiht sich in so fern dem vorigen an, als auch hier im Anschluss an eine der Malignität nahe stehende Erkrankung der Uterusschleimhaut eine ausgesprochen bösartige Eierstocksgeschwulst auftrat. Da Pat. außergewöhnlich fette und dabei gespannte Bauchdecken besaß, so ist es möglich, dass die betreffende Geschwulst in ihren Anfängen schon zur Zeit der ersten Operation vorhanden war, aber übersehen wurde. Glatte Heilung. (Bis Juni 1890 kein Recidiv.)

2) Gänseeigroße Haematocele intraperitonealis, deren Peripherie durch Abkapselung und Organisation so fest war, dass sie wie eine Geschwulst mitsammt den rechtsseitigen Adnexen ausgeschält und abgetragen werden konnte. Das Blut entstammte einer daumendicken Hämatosalpinx, deren Ostium abdominale offen war und in die Blutgeschwulst eintauchte. Das rechte Ovarium enthielt mehrere bis hühnereigroße nicht proliferirende Cysten. Tubarschwangerschaft lag sicher nicht vor. Linkerseits bestand Hydrosalpinx mit gleichartiger Erkrankung des Eierstocks. — Glasdrain — Gazedrainage. Glatte Heilung.

8) **Häberlin.** Fall von Lupus vulvae hypertrophicus et perforans. (Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Universitätsklinik des Herrn Prof. Wyder in Zürich.)

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVII. Hft. 1.)

Der Fall ist ausführlich geschildert. Die Hypertrophie betrifft, wie gewöhnlich, die Labien der Vulva, die Ulceration sitzt vorzugsweise am Damm und an den kleinen Labein und erstreckt sich auch auf den unteren Abschnitt des Mastdarmes. Die Inguinaldrüsen kaum geschwollen. Syphilis wird ausgeschlossen. Ätiologie unklar. Mikroskopisch findet sich abgesehen von der Bindegewebshyperplasie kleinzellige Infiltration um die stark gewucherten Blutgefäße herum; keine Riesenzellen, keine Tuberkelbacillen. Von der Totalexstirpation des Lupus wurde Abstand genommen, weil der Mastdarm ergriffen war. **Pfannenstiel** (Breslau).

9) **M. Terillon** (Paris). Über Ulcerationen des Collum uteri.

(Revue obstétr. et gynécol. 1890. Januar.)

Im Allgemeinen treten nach Ansicht T.'s Ulcerationen (bei ihm gleichbedeutend mit Erosion und Ektropium der Muttermundslippen) nur nach Metritis auf und sind als sekundäre Erkrankung vollkommen zu vernachlässigen. Besonders gehöre eine Erosion der Muttermundslippen nach einem Cervixriss (hier meint T. das Ektropium) zu den unschuldigsten Zuständen und bedürfe kaum einmal einer Behandlung.

In differential-diagnostischer Beziehung schildert T. kurz die syphilitische und carcinomatöse Ulceration.

(Es wird beim Lesen der Arbeit sofort klar, dass T. eine Reihe ganz verschiedener Zustände unter dem gemeinsamen Namen der »Ulceration« abhandelt, und dass daher die aus seinem einseitigen Standpunkte resultirenden, auf die Therapie der »Ulcerationen« bezüglichen Bemerkungen absolut werthlos sind. Über die »affection presque nulle«, als welche T. auch hochgradige Cervixzerreißungen darstellt und über die von ihm angezweifelten Resultate der operativen Beseitigung der Cervixrisse könnte manche Operirte dem Verf. genügende Aufklärung geben. Ref.) **Heyder** (Leipzig).

10) **G. Poupinel.** Cystocarcinom des linken Eierstockes, Ovariotomie, Heilung. Zweimal recidivirendes Brustcarcinom. Allgemeine Carcinose des Peritoneum; Tod.

(Annal. de gynécol. 1890. Januar.)

Bei einer 53jährigen Frau wurde nach 13maliger Punktion wegen Ascites durch Laparotomie ein doppeltfaustgroßes, linksseitiges multilokuläres Cystocarcinom entfernt. Drei Monate danach traten an einer schon 20 Jahre lang unverändert bestandenen nussgroßen Geschwulst der linken Brust Schmerzen auf und Pat. bemerkte langsame Größenzunahme. 10 Monate nach der ersten Operation wurde die Mamma amputirt; Recidiv nach 5 Monaten entfernt. $^1/_2$ Jahr später wieder Aufnahme: Carcinomrecidiv in der Narbe an der Brust, außerdem Ascites, Ödeme der Beine, Venenerweiterung an der Bauchhaut. Nach einer Punktion wurde das Vorhandensein multipler Knollen in der ganzen Bauchhöhle festgestellt. Noch 3malige Punktion; zunehmender Marasmus, Tod. **Heyder** (Leipzig).

11) **V. Czerny** (Heidelberg). Über die chirurgische Behandlung intraperitonealer Tuberkulose.

(Beiträge zur klin. Chirurgie. Sonderabdruck.)

1) Ovariotomie bei Miliartuberkulose des Bauchfells. Heilung. — Bei einer 39jährigen Pat. mit multilokulärem Ovarialkystom war der Inhalt mehrerer Cysten vereitert, Ascites, zahlreiche miliare Tuberkel auf der Serosa des Darmes. Stielversenkung. Käsiger Zerfall der Bauchnarbe, definitive Heilung erst nach wiederholter Auskratzung, Ätzung und Salbenbehandlung. Die Frau ist vor 11 Jahren operirt, ist jetzt wohl auf und wird durch eine kleine Bauchhernie nicht weiter belästigt.

2) Bei der Operation eines 32jährigen Mädchens, die C. am 6. November 1882 wegen eines vom Fundus uteri mit einem zwei Daumen dicken Stiele entspringenden Myoms vornahm unter gleichzeitiger Entfernung der cystös degenerirten Ovarien, zeigte sich der Peritonealüberzug des Myoms mit miliaren und submiliaren Knötchen besät. Heilung der Operationswunde. Nach kurzer Rekonvalescens Exitus letalis Mai 1883 an chronischer Peritonitis.

3) Käsige Endometritis, Salpingitis, Peritonitis tuberculosa, Incision, Resektion der Tube. Tod an Miliartuberkulose. — Der Fall ist von Gehle in seiner Dissertation (Heidelberg 1881) mitgetheilt. — Die 48jährige Frau (Xpara) litt an einem abgesackten Exsudat, welches von einer Geschwulst im Douglas'schen Raume abhing, deren Natur vor der Operation nicht festgestellt wurde. Der durch fibrinöse Schwarten gebildete Peritonealsack entleert 3100 ccm einer trüben rothbraunen Flüssigkeit, die käsig tuberkulös erkrankte rechte Tube wird resecirt, die linke weniger erkrankte Tube bloß von käsigen Auflagerungen befreit, dann die Höhle mit 5%iger Chlorzinklösung desinficirt und drainirt. Fünf Wochen nach der Operation starb Pat. an Miliartuberkulose des Peritoneums, der Leber und Lungen. Außerdem fand sich chronische Pneumonie und Pleuritis, käsige Endometritis, Salpingitis.

C. hat noch im Weiteren mehrere Operationen von tuberkulöser Peritonitis mitgetheilt, die ein gynäkologisches Interesse nur darum bieten, weil die Operationen fast ausschließlich Frauen betreffen, während nach der Angabe einzelner Kliniker fast viermal so viel Männer erkranken als Frauen. Bei der Schwierigkeit der Diagnose ist nur an Frauen operirt worden, weil man Erkrankungen der Ovarien annahm. **K. Ruhemann** (Berlin).

12) **Black.** Eine Porro-Operation, nothwendig gemacht durch Beckenverengerung und Uterusfibroide, verbunden mit einer Cyste im breiten Mutterband.

(Med. news 1889. November 2. p. 480.)

Es handelt sich um eine rachitische Zwergin, welche eine Conjugata von höchstens 3 cm hatte, der Beckeneingang gestattete nur 2 Fingern einzudringen, eine Uterusgeschwulst war schon vor Eintritt der Schwangerschaft diagnosticirt. Es blieb nichts übrig als der Kaiserschnitt, und da die Mutter das Kind zu erhalten wünschte, wurde bis zum Eintritt der Geburt gewartet. Beim Einschnitt in den mit Fibroiden besetzten Uterus riesige Blutung, Abtragung des Uterus nach Entwicklung des lebenden Kindes. Im rechten Mutterband fand sich noch eine größere Cyste, im linken Parovarium eine kleinere von Hühnereigröße. Die Operirte starb am 3. Tage. **Lühe** (Demmin).

13) **N. Charles** (Liège). Uterusruptur bei einer Multipara mit normalem Becken.

(Journ. d'accouch. 1889. No. 22.)

40jährige VIIIpara. Alle Geburten spontan verlaufen. Nach 24stündigem Kreißen hatte ein Arzt zunächst ca. 20mal die Zange angelegt, dann Wendungsversuche gemacht, wobei viel Blut abgegangen war. In die Entbindungsanstalt gebracht, wurde bei der kollabirten Pat. eine weiche bis zum Nabel reichende Anschwellung konstatirt, welche für die gefüllte Blase gehalten wurde. Katheterismus blieb aber erfolglos. — Gesichtslage. Kopf ballotirte, obgleich im Becken stehend. Wendung, bei welcher festgestellt wird, dass die Hand in der freien Bauchhöhle. Bald nach der Extraktion starb die Wöchnerin. Bei der Autopsie fand sich eine 13 cm lange Uterusruptur, etwas über der vorderen Muttermundslippe beginnend; außerdem losgerissene Muskelpartien und mehrere unvollkommene Risse, welche mehr oder minder nahe an das Peritoneum herangingen.

Graefe (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger und eine Beilage: Liquor Ferro-Mangan-Pepton. Keysser betreffend.

BOSTON MEDICAL
AUG 10 1890
LIBRARY ASS

Centralblatt für GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 32. Sonnabend, den 9. August. 1890.

Inhalt: I. **Saulmann**, Erwiederung auf die Bemerkungen des Herrn Noeggerath in No. 27 d. Bl., betreffend meinen Vortrag über die Behandlung mit dem konstanten Strome in der Gynäkologie (No. 19 d. Bl.). — II. **Michnow**, Beitrag zur Diagnose der Salpingo-Oophoritis. (Original-Mittheilungen.)

1) **Küstner**, Lehrbuch der Geburtshilfe.

2) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden. — 3) **Bockendahl**, Bericht. — 4) Bericht des Krankenhauses Wieden. — 5) **Tyson**, Künstliche Frühgeburt bei Nierenkrankheit. — 6) **Charles**, Künstliche Frühgeburt. — 7) **Reed**, Uterusruptur. — 8) **Lecerche**, Eklampsie.

I. Erwiederung auf die Bemerkungen des Herrn Noeggerath in No. 27 d. Bl., betreffend meinen Vortrag über die Behandlung mit dem konstanten Strome in der Gynäkologie (No. 19 d. Bl.).

Von

Dr. Saulmann, Brüssel.

Herr Noeggerath, Wiesbaden, bezweifelt die Wahrheit meiner Erfahrung, die Blutungen bei Fibromen nach 3—4 Sitzungen mit dem positiven Pole bei Anwendung von 175 Milliampères zum Stillstand zu bringen und verlangt Beweismaterial. Um seinem Verlangen nachzukommen, erlaube ich mir, von den in letzter Zeit behandelten blutenden Fibromen 3 Fälle mit besonders heftigen Blutungen zu veröffentlichen, Fälle, die mir von hiesigen und auswärtigen Kollegen zugewiesen und von diesen kontrollirt worden sind. Weitere Fälle behalte ich mir vor, später zu veröffentlichen.

I. Frau P. (Flamländerin), großes blutendes Fibrom. Hämorrhagie in unregelmäßigen Intervallen.

25. März 1890. + allmählich ansteigend bis 100 Milliampères Sonde alumin. No. 2 gut vertragen.

26. März 1890. + 120 gut vertragen, Blutung geringer.

28. März 1890. + 175. Blutung steht.

II. Frau du R. de Bl. (Wallonin), Fibroid an der hinteren Wand stark blutend.

29. April 1890.	+ 100	Sonde alum. No. 3	gut vertragen.
30. April 1890.	+ 100	» »	
1. Mai 1890.	+ 105	» »	
3. Mai 1890.	+ 175	» »	Blutung steht vollständig.

III. Frau Z. (Engländerin), großes Fibrom, starke kontinuirliche Blutungen.

19. Mai 1890.	+ 150		immer gut vertragen.
20. Mai 1890.	+ 155		
21. Mai 1890.	+ 160		
22. Mai 1890.	+ 175		Blutungen stehen.

Diese 3 Frauen sehe ich noch von Zeit zu Zeit und kann konstatiren, dass die Blutungen nicht wieder aufgetreten sind.

Aus den angeführten Fällen ersieht man deutlich, dass ich nicht, wie Herr Noeggerath sich auszudrücken beliebt, den Menschen für ein Stück Metall halte, sondern dass ich mit Milliampères beginne, welche von der Pat. gut und ohne Schmerz vertragen werden. Ich gebe zu, dass nicht alle Frauen gleichmäßig tolerant gegen den konstanten Strom sind, muss aber doch, wie meine Erfahrungen es gezeigt haben, wiederholen, dass bei richtiger Anwendung der Elektrolyse (siehe meinen Vortrag) und besonders mit Hilfe eines große Widerstände gebenden Rheostaten (der meinige ist von Hirschmann, Berlin, angefertigt) fast immer 150—175 Milliampères, natürlich allmählich ansteigend, vertragen werden.

Ich bin nicht der Ansicht, wie Herr Noeggerath vermuthet, dass die Nationalität einen Einfluss auf die Toleranz hat.

Beweis: Obige 3 Frauen, obgleich von verschiedenen Nationalitäten, vertrugen gleichmäßig gut die Intensität von 175 Millampères. Auch eine hier lebende deutsche Dame, die wegen Blutungen in Folge von Endometritis granulosa bei mir in Behandlung ist, verträgt die Intensität von 170—175 sehr gut.

Wenn ich nun die Zahl 175 im Allgemeinen als Maximum angebe, so will dies nicht heißen, dass man sofort ohne die Toleranz der Pat. zu prüfen, mit 175 Milliampères beginnen soll, sondern dass man meist bis 175 steigern muss, bis man den Effekt der vollständigen Blutstillung erreicht. Diese blieb mir bei Anwendung geringer Intensitäten fast immer aus.

Warum nun die Erfolge des Herrn Noeggerath so schlechte sind, wage ich nicht zu entscheiden, nur möchte ich mir die Bemerkung erlauben, dass in einigen Fällen von hämorrhagischen Fibromen, welche bereits erfolglos von Anderen behandelt wurden, die Blutungen nach Anwendung der mir geläufigen Methode gestillt wurden. Ich bin geneigt anzunehmen, dass die nicht ganz korrekte Ausführung der Elektrolyse von Seiten der Kollegen Schuld an den Misserfolgen war.

Zum Schluss sagt Herr Noeggerath: »Etwas Neues hat uns Herr Saulmann doch gebracht und das ist nicht nachahmungswürdig, nämlich den Gebrauch des Speculum bei der Galvanisation. Erstens ist dasselbe nicht nöthig zur Desinfektion, namentlich wo es sich um den positiven Pol handelt, dagegen verhindert das Speculum eine Kontrolle über die Tiefe der Sondeneinführung.«

Beide Voraussetzungen sind nicht richtig. Erstens ist nachgewiesen, dass die antiseptische Wirkung des positiven Poles erst bei sehr großen elektrischen Dosen eintritt; sodann ist es mir nicht ein einziges Mal vorgekommen, dass das Speculum (ich bediene mich immer des kurzen) die Kontrolle über die Tiefe der Sondeneinführung verhindert hätte.

(Aus der Klinik des Herrn Prof. Lebedeff zu St. Petersburg.)

II. Beitrag zur Diagnose der Salpingo-Oophoritis.

Von

Dr. S. Michnow.

Die Diagnose der Salpingo-Oophoritis bietet in den gewöhnlichen Fällen keine besonderen Schwierigkeiten dar. Die charakteristische Gestalt der dilatirten Tube, die Art der Verbindung der entzündlichen salpingo-oophoritischen Geschwulst mit dem entsprechenden Uteruswinkel und übrigen Befund bei bimanueller Palpation bieten einen deutlichen Fingerzeig zur Diagnose, insbesondere wenn wir noch charakteristische Umstände in der Anamnese und Beobachtung des Krankheitsverlaufs auffinden.

Ungeachtet dessen treffen wir solche Fälle an, wo der Charakter des Tumors nicht von vorn herein deutlich zu erkennen ist. Stellen wir uns solch einen Fall vor, wo die Tubengeschwulst im unteren Theil des Lig. lati liegt, oder dieselbe durch größere Adhäsionen im hinteren Douglas fixirt ist; in diesen Fällen kann die Tubengeschwulst mit einer intraligamentären Cyste verwechselt werden. Oder: nur das äußere Ende der Tube kann dilatirt sein, während der übrige Theil normal bleibt; in diesem Falle, wenn keine Adhäsionen existiren, finden wir beim Palpiren eine bewegliche circumscripte, elastische Geschwulst, die wir für einen Ovarialtumor halten werden, besonders wenn ihr Verhalten zum Uterus nicht deutlich genug zu erkennen ist.

In Folge dessen ist es bei der differentiellen Diagnose der Salpingo-Oophoritis höchst wichtig wo möglich mehr diagnostische Merkmale zu haben. Wir können auf ein solches hindeuten, das man bei den entzündlichen salpingo-oophoritischen Geschwülsten antrifft und welches bei der Diagnose der Geschwulst von großer Wichtigkeit sein kann.

Prof. A. S. Lebedeff hat folgende Besonderheit bei den entzündlichen salpingo-oophoritischen Geschwülsten angetroffen. Nach

mehrmaligen Untersuchungen ein und derselben Pat. kam Prof. Lebedeff zu folgendem Befund. Manches Mal trifft man bei der Exploration Merkmale an, welche auf eine Salpingo-Oophoritis einer Seite deuten — z. B. der rechten —, während man auf der anderen Seite nur Adhäsionen, Schnüre, oder undeutliche Knoten palpirt. Wenn man dieselbe Pat. nach einiger Zeit untersuchte, so fand man den Tumor völlig kollabirt, und an seiner Statt palpirte man undeutliche Stränge; anstatt dessen fand man vollkommen deutlich auf der anderen — der linken — Seite eine Geschwulst, welche man bei der Exploration in Folge der Merkmale als salpingo-oophoritische bezeichnen musste.

Bei Untersuchung mehrerer analoger Fälle wurde es völlig klar, dass dieses Schwanken der Dimensionen der Geschwulst von der Menstruationsperiode abhängt. Nämlich, zum Anfange der Regeln nimmt die salpingo-oophoritische Geschwulst an Größe zu, nach den Regeln werden die Dimensionen kleiner, die Geschwulst kann sogar vollkommen verschwinden. Manchmal ist dieses Anschwellen zur Menstruationszeit nur einseitig, während dessen die andere Seite kollabirt ist; bei der folgenden Regel kann die erste Geschwulst ohne Veränderung bleiben, während dessen dieselbe auf der anderen Seite bedeutend an Größe zunimmt, so dass das abwechselnde periodische Anschwellen der Geschwulst sehr deutlich hervorspringt. In den Fällen, wo das periodische Schwanken der Geschwulst nicht so eklatant ist, kann man jedenfalls einige Tage vor der Regel die erkrankten Tuben viel deutlicher und genauer palpiren.

Dieses Schwanken der Dimensionen, abhängig von der Menstruation, ist bei den Geschwülsten kleineren Umfangs mehr demonstrativ. Als Erklärung dieser Erscheinung kann man folgende bei der Menstruation statthabende Ursachen betonen, welche die Vergrößerung der Geschwulst befördern können. Einerseits wird die Größe der Tube und des Eierstockes vom Blutandrang während des Menstruationsfluxus bedingt. Außerdem haben Viele bemerkt, dass während der Regel eine Quantität Blut sich im Eileiter ansammelt. Schröder sagt, dass während der Regel die Schleimhaut der Eileiter anschwillt und letztere dicker und fester werden. Außerdem wird das Größerwerden der Geschwulst theilweise noch vom anreifenden Graaf'schen Follikel bedingt. Endlich, es ist möglich, dass während der Menstruation die erkrankte Tubenschleimhaut eine frische Portion des Entzündungssekrets secernirt.

Da alle diese Veränderungen nicht in großen Dimesionen hervortreten, wird folglich eine relative Vergrößerung der Geschwulst leichter an einem kleinen, als großen Tumor bemerkt werden. In diesem Falle kann selbstverständlich schon eine unbedeutende Vergrößerung für die Diagnose vom Nutzen sein, da sie leicht konstatirt wird.

Nach dieser Erklärung des Anschwellens des Tumors während der Regel betonen wir noch einmal, dass dieses von Herrn Prof.

Lebedeff mehrmals bemerkte und bestätigte Kennzeichen eine charakteristische unterscheidende Besonderheit der Salpingo-Oophoritis ist. Dasselbe kann bei der differentiellen Diagnose eine höchst wichtige Hilfe erweisen.

Nur in Folge dieses Kennzeichens war es in einigen Fällen möglich eine sichere Diagnose festzustellen und dieselbe bei der nachfolgenden Laparotomie zu kontrolliren.

Auf Grund dieses Kennzeichens können wir eine einseitige Erkrankung des Eileiters nur dann mit Bestimmtheit diagnosticiren, wenn wir bei mehrfachen Untersuchungen während verschiedener Menstruationsperioden die eine Seite immer gesund finden.

Sicherlich ist dieses Anschwellen der entzündlichen salpingo-oophoritischen Geschwulst während der Menses schon früher von anderen Klinikern beobachtet worden, allein die Bedeutung dieser Erscheinung nicht betont worden und seine diagnostische Wichtigkeit bei Salpingo-Oophoritis erst jetzt von Prof. Lebedeff anerkannt.

---

1) Küstner (Dorpat). Die vom Fötus abhängigen Schwangerschafts- und Geburtsstörungen.

VIII. Abschnitt [2. Band, 2. Hälfte] des »Handbuches der Geburtshilfe« herausgeg. von P. Müller.)

Stuttgart, Ferd. Enke, 1889.

Die zweite Hälfte des zweiten Bandes, der zugleich das Inhaltsverzeichnis, so wie das Sach- und Namenregister des ganzen Bandes enthält, beginnt mit dem in der Überschrift genannten Abschnitt, von K. in gleich würdiger Weise wie die vorhergegangenen Abschnitte behandelt. Die groß angelegte Arbeit umfasst 320 Seiten mit 111 meist sehr gut ausgefallenen und richtig ausgewählten Holzschnitten und einer, vielleicht überflüssigen Farbendrucktafel, ein ausgetragenes, lebend geborenes Kind mit kongenitaler Lues darstellend.

Bevor wir den Inhalt, wenn leider auch noch so kurz zu skiziren versuchen, müssen wir den allgemeinen Plan der Bearbeitung dieses großen und wichtigen geburtshilflichen Abschnittes andeuten, um so mehr als die gewählte Eintheilung in manchen Punkten von der in den übrigen Handbüchern üblichen abweicht und zwar nicht immer zum Vortheile der leichten Übersichtlichkeit des ganzen Werkes. Von den drei großen Abtheilungen umfasst die erste die ektopische Schwangerschaft; die Anomalien der Frucht und ihrer Anhänge giebt Stoff für die zweite Abtheilung mit vier Unterabtheilungen (Anomalien: des Fruchtwassers; der Nabelschnur; der Eihäute und Placenta, und endlich des Fötus selbst); die dritte Abtheilung schildert die Anomalien der Lage, Stellung und Haltung des Fötus, wobei in der ersten Unterabtheilung abnorme Lage, Stellung und Haltung des Fötuskörpers, in der zweiten abnorme Lage und Haltung der Nabelschnur abgehandelt werden. — Es wäre jedenfalls übersichtlicher,

wenn der Stoff dieser letzten Unterabtheilung (Nabelschnurknoten, Umschlingungen und Vorfall) mit den Anomalien der Nabelschnur vereinigt, eben so wenn bei den Anomalien der Eihäute außer dem Myxoma chorii auch andere (vor und frühzeitiger Blasensprung, zu große Derbheit der Eihäute etc.) angeführt und zu jenen der Placenta der fehlerhafte Sitz und die vorzeitige Lösung derselben eventuell aus dem 6. Abschnitte herübergezogen würden.

Auf den Inhalt der einzelnen Kapitel übergehend sei bemerkt, dass das erste die Extra-uterin-Schwangerschaft am ausführlichsten und wohl ganz mit besonderer Liebe zum Gegenstand bearbeitet erscheint. Von den verschiedenen Formen werden die Tubengravidität mit ihren drei Unterarten (Graviditas interstitialis, Tubaria sensu strictiori et tuboabdominalis), die Ovarialgravidität und die zwischen beiden stehende interessante Zwischenform Tuboovarial und Tuboovarialkystenschwangerschaft, so wie die Abdominalgravidität (primäre und sekundäre) anerkannt, hinsichtlich der Tuboabdominalschwangerschaft die Möglichkeit einer solchen zwar offen gelassen, aber die bis jetzt beschriebenen Fälle ungezwungener als Tubenschwangerschaft angesehen. — Die pathologische Anatomie dieser Schwangerschaftsstellung ist außerordentlich klar geschildert, nur hinsichtlich der Decidua des Uterus wäre zu bemerken, dass selbe nicht am Ende der Schwangerschaft resp. nach dem Tode der Frucht, sondern wie Winckel besonders hervorhebt in $^2/_3$ der Fälle schon innerhalb der ersten 4 Monate abgeht. Als theoretisch und praktisch wichtig muss hervorgehoben werden, dass Schwangerschaften im ampullären Theile der Tube intraligamentös oder gestielt sich entwickeln können, diese Differenzirung findet aber erst statt, wenn das Ei eine gewisse Größe erreicht hat, in den ersten Monaten seien wohl alle diese Tubenschwangerschaften mehr oder weniger gestielt. Von den Bauchhöhlenschwangerschaften bedauert Verf., dass dieselben bisher viel zu wenig kritisch behandelt wurden, wahrscheinlich sind aus ihrer Reihe jene zu streichen, bei denen ein selbständiger Fruchtsack, gewiss aber alle in deren Wandungen Muskelfasern nachgewiesen werden konnten. Offen lässt K. die Frage, ob sich auf der Tubenschleimhaut eine Reflexa bilden kann, wie dies Winckel und später Frommel nachwiesen. Noch völlig unaufgeklärt ist die Bildung der Reflexa bei Abdominalgravidität, so wie der mütterlichen Eihäute. Als ätiologische Memente für Extra-uterin-Schwangerschaften müssen in erster Linie alle Störungen in der Eileitung angeführt werden und da letztere ausschließlich den Tuben zukommt, so geben eben die Erkrankungen der integrirenden Bestandtheile derselben (der Epithelschicht und davon abhängig Störung der Flimmerthätigkeit) das kardinale Moment ab. Die Diagnose der Extra-uterin-Schwangerschaft wird als im Allgemeinen nicht leicht, der Versuch einer Unterscheidung der einzelnen Formen aber als eine reine Schreibtischarbeit hingestellt. Wenn die Prognose schon für die Mutter schlecht ist, so verschlimmert sich selbe noch mehr für den Fötus, trotzdem aber hofft K.,

dass es unseren Bestrebungen einst gelingen werde, in vielen Fällen auch das Kind neben der Mutter am Leben zu erhalten. Bei Ruptur des Fruchtsackes ist er, wenn nicht zu hochgradiger Collaps vorhanden, für die zu wagende Laparotomie.

Kapitel 2 behandelt »die Gravidität im rudimentären Horn« und stellt vor Allem fest, dass trotz der großen Ähnlichkeit mit Tubenschwangerschaft eine Differentialdiagnose möglich ist. Besonderes Augenmerk sei zukünftig in derartigen Fällen auf die Deciduabildung zu richten; nach Verf. Meinung kann im verkümmerten Horne sich eine ordentliche Decidua, ja sogar eine Reflexa ausbilden.

»Hydramnios« dient als Behandlungsstoff dem 3. Kapitel. Wenn dasselbe auch im Allgemeinen schon ausführlich behandelt wird, so dürfte doch die Erörterung der Polyhydramnie bei eineiigen Zwillingen, an die sich zwar theoretisch die interessantesten wissenschaftlichen Fragen knüpfen, gar zu weitläufig sein, um so mehr als diese Weitläufigkeit nur darauf hinausgeht, die ohnedem beinahe von allen Forschern anerkannte Ansicht des Verf. und Schatz's: »Die eigenthümlichen in den Placenten konstant anzutreffenden Kreislaufsverhältnisse« gegen Sallinger, Nieberding und Werth in Schutz zu nehmen. Beachtenswerth ist der Hinweis auf die Bedeutung des Chorionepithel und auf den möglichen ursächlichen Zusammenhang zwischen Größe des Mutterkuchens und Menge des Fruchtwassers. Die Folgen des Hydramnios für die Mutter (vorzeitige Geburten [nach Winckel in 50% aller Fälle], Verzögerung der ersten Geburtsperiode, Nachblutungen etc.) werden allzu stiefmütterlich behandelt.

Das 4. und 5. Kapitel befassen sich mit »Oligohydramnie« und »pathologische Veränderungen der Qualität des Fruchtwassers«, dabei sei bezüglich der ersteren Anomalie auf das häufige Vorkommen von Plattfüßen (5%) hingewiesen.

Kapitel 6 »Anomalien der Nabelschnurinsertion« ist für ein Handbuch jedenfalls zu wenig ausführlich bearbeitet, wir vermissen manche Daten nicht nur in Betreff der Ätiologie, der Insertio velamentosa, sondern auch hinsichtlich der Symptome. K. glaubt, dass die velamentöse Einpflanzung des Nabelstranges durch den Process des Gewebetodes in der Placenta entstehen könne. Insertio funiculi furcata (Hyrtl) ist gar nicht erwähnt.

Eben so werden die dem nächsten Kapitel zu Grunde liegenden »Anomalien der Struktur« etwas kurz besprochen. Erwähnung finden: falsche Knoten; Gefäßanomalien; Persistenz von Dottergefäßresten, des Dotterganges oder des Allantoisstranges; abnorme Kürze der Nabelschnur; mangelhafte Bildung derselben; abnorme Länge (dabei dürfte die Angabe, dass Schneider eine Nabelschnur von 300 cm fand, wohl auf einen Umrechnungsfehler zurückzuführen sein, 72 Zoll = 195 cm? Ref.); Torsionen und Strikturen (Verf. tritt für die vitale Entstehung derselben ein); Syphilis des Nabelstranges und Hernia funiculi umbilicalis.

Die Eihautanomalie »Blasenmole« (Kapitel 8) kommt in zwei

wesentlich verschiedenen Formen (Myxoma chorii im engeren Sinne und Myxoma chorii fibros.) vor; die Genese der ersteren findet Verf. im Einklange mit Virchow-Storch in einer Hyperplasie und sekundärer cystoider Entartung des von der Allantois nicht herstammenden Chorionbindegewebes, der zweiten hingegen in einer zelligen Hyperplasie des von der Allantois herstammenden schleimgewebigen Grundstockes der Zotten. Ob das Myxom nach dem Tode der Frucht weiter wachsen kann, sei schwer, vielleicht unmöglich zu entscheiden, doch neigt K. einer bejahenden Antwort dieser Frage zu. Hinsichtlich der Therapie dieser für die Mutter gefährlichen Anomalie, die mehr Menschenleben an Verblutungstod fordert als die Placenta praev., empfiehlt er möglichst rasche Erweiterung des Orificiums und manuelle Ausräumung des Uterus. Wohl nicht allgemeine Zustimmung dürfte er aber finden, wenn er unter allen Umständen eine instrumentelle Ausräumung vermieden wissen will. Die Expression der Mole, von Spiegelberg, Gregoric u. A. empfohlen, wird nicht erwähnt.

Kapitel 9 und 10 befassen sich in vortrefflicher Bearbeitung mit den »Strukturanomalien der Placenta« und beginnen mit dem »weißen Infarkt«. Wenn auch bis jetzt die Akten über denselben nicht abgeschlossen sind, so steht doch so viel fest, dass es sich fast ausnahmslos um eine Nekrose des Placentargewebes handelt, welche ihre letzte Ursache immer in Anämie findet. Während nun Verf. für den inselförmigen Infarkt als Grund dieser Anämie die Ackermann'sche Periarteriitis gelten lässt, erklärt er bei randständigem Infarkt die Coagulationsnekrose aber hervorgerufen durch Druck von ergossenem Blut auf die Gefäße, abgesehen davon, dass allgemeine Ernährungsstörungen und konsumirende Erkrankungen der Frau (als solche werden Nephritis, Hyperemesis, Phthisis und hochgradige Blutarmuth angeführt, wir vermissen: Typhus, Cholera, Pocken, Scharlach etc.) Infarktbildungen im Gefolge haben. Mit Syphilis hat der Infarkt nichts zu thun. Unter den Folgen dieser Anomalie weist K. besonders auf die dürftig ernährten und schwer aufzubringenden Früchte hin. Bei Besprechung der »Hämorrhagien in und auf der Placenta« wird erwähnt, dass die Thrombosis sinuum placent. Slaviansky's als marginaler Infarkt anzusehen sei. Den »Entzündungen der Placenta« wird, da nach Verf. Ansicht das, was bislang als Entzündung gedeutet wurde, als weißer Infarkt zu deuten sei, nur eine historische Darstellung gewidmet. »Ödem der Placenta« trifft man stets bei denjenigen Formen von Hydramnios, welche mit Blutstauung bedingenden Erkrankungen im Fötus einhergehen oder auf solche zurückzuführen sind; ob auch Erkrankungen der Mutter zu Placentaödem führen können, muss vor der Hand noch unentschieden bleiben. Durch dauernden Druck der Placenta-Uteruswand und vorliegendem Kindestheil bilden sich »Kompressionszustände der Placenta« aus, für welche K. den Namen Atelektase vorschlägt. An solchen membranösen Stellen finden sich keine intervillösen Räume. »Ver-

kalkungen der Placenta« treffen wir besonders dort an, wo die Blutcirkulation am meisten behindert ist. Vielleicht steht der Verkalkungsprocess in direkter Beziehung zum Coagulationstod, indem derselbe der Verkalkung vorangeht. Die »Syphylis der Placenta« kann entweder von den Zotten, das häufigste, typische Vorkommen, oder von den mütterlichen Gewebstheilen der Placenta ausgehen, letztere Form ist nur bei konstitutioneller Erkrankung der Mutter möglich, erstere kann ausschließlich väterliches Vermächtnis sein. Die Ansicht Fraenkel's, dass eine luetische Erkrankung des Mutterkuchens erst vom sechsten Fötalmonat an vorkomme und dass selbe immer später als die entsprechenden Knochen- und Visceralerkrankungen des Fötus auftrete und ferner, dass der Fötus auch ohne Erkrankung des Kuchens inficirt sein könne, wird vom Verf. angezweifelt. »Mehrfache Placenta und Placenta succenturiata« sind nicht Resultate einer ersten fehlerhaften Anlage, sondern entstehen dadurch, dass der Mutterkuchen an irgend einem Theile seiner ganzen Dickenausdehnung nach durch Coagulationsnekrose verödet. Nach dieser Theorie hätte das Zusammenvorkommen von Placenta succenturiata und Insertio velamentalis nichts Auffallendes mehr. Die Klob-Hohl'sche Entstehungstheorie verlässt Verf., weil es bisher nicht gelang nachzuweisen, dass die Placenta succenturiata sich in die Reflexa oder durch diese durch in die unterliegende Vera sich hinein entwickele. Der »Placenta membranacea« kommt keine größere Bedeutung zu. Von den »Cysten der Placenta« seien jene an der Fötalseite aus weißen Infarkten entstanden; perivasculäre Cysten finden sich sehr selten; die Anatomie der Amnioncysten, der Karunkeln und Zotten des Amnion erfordert noch eingehenderes Studium; die subamniotischen Blutergüsse haben dieselbe Entstehungsursache wie das retroplacentare Gerinnsel.

Die geburtshilflich wichtigen Erkrankungen des Fötus beginnen im 11. Kapitel: »Amniotische Bänder und Stränge«. Dieselben sind entweder fötoamniotische, fötale oder amniotische, wozu noch die freien häutigen Appendices zu rechnen wären. Sehr häufig werden neben diesen Bändern schwere Entwicklungstörungen der Frucht beobachtet, welche entweder auf Spaltbildungen oder auf Strangulationen mit ihren Folgezuständen zurückzuführen sind. Die Entstehung dieser Bänder wird in sehr früher Embryonalzeit auf großen Fruchtwassermangel oder andere Zufälligkeiten, wodurch das Amnion mit sich oder der Fötusoberfläche in dauernde Berührung kommt, die betreffenden Epithelflächen einander genügend genähert werden, um eine Verlöthung (ohne dass eine Entzündung dazu nothwendig ist) einzugehen, zurückgeführt. Ob auch in späterer Embryonalzeit sich solche Bänder bilden können, ist schwer zu beweisen. Andererseits wäre möglich, dass die Spaltbildung das Primäre, die amniotische Verlöthung das Sekundäre wäre.

Das folgende Kapitel bespricht kurz die »intra-uterinen Amputionen, Frakturen und Luxationen«.

Kapitel 13 »Störungen des Knochenwachsthums« fasst eine Reihe verschiedener Processe (gewöhnlich unter den Kollektivnamen »fötale Rachitis« abgehandelt): Osteogenesis imperfecta; chronische parenchymatöse Ostitis; Müller'sche Krankheit und Rachitis [micromelica-fötale und annulans-congenita]) in sich.

Die zwei verschiedenen Formen der Schilddrüsenanschwellungen (Ödem und Drüsenkopf) werden im 14. Kapitel »Struma« besprochen, wobei Verf. auf die nicht zu unterschätzende geburtshilfliche Bedeutung derselben aufmerksam macht, insbesondere hebt er hervor, dass bei physiologischer Kopfhaltung durch Druck des Kindes und der Brust auf die geschwollene Schilddrüse Kompression der Halsgefäße mit nachfolgendem Fruchttod oder schwerster Asphyxie zu Stande kommt.

Im 15 Kapitel: »Syphilis der Frucht« wagt K. den schweren Versuch auf 6 Seiten die luetischen Erkrankungen der einzelnen Gewebstypen des Fötus zu »charakterisiren«.

Übersichtlich und sehr gut behandelt werden die »intra-uterinen Veränderungen der Frucht nach erfolgtem Todte« (Kapitel 16): nachdem es mehr als zweifelhaft ist, ob selbst in den ersten Schwangerschaftswochen der Fötus mit oder ohne Placenta resorbirt werden kann, so tritt einerseits Fäulnis oder, wenn diese ausbleibt, Mumifikation, Maceration, lipoide Umwandlung oder Versteinerung ein. Die immer schwierige Diagnose schwankt zwischen Gravidität mit lebendem, mit todtem Fötus oder mit Tumor uteri; zwischen den beiden letzteren Möglichkeiten kann selbst eine genaue bimanuelle absolut im Stiche lassen. In diesem Kapitel finden wir auch »Missed labour« und »Leichenstarre« abgehandelt.

Von den »geburtshilflich wichtigen Monstrositäten« behandelt das 17. Kapitel die fötale »Hydrocephalie« (bei Berechnung der Uterusrupturen findet sich ein Rechnungsfehler, indem statt 21 Fälle 23 = 14,4% zu setzen sein dürfte); im 18. Kapitel »Hemicephalie«, dann im nächsten »Ausdehnung des Rumpfes des Embryo« (alle jene Anomalien, welche eine mehr oder minder gleichmäßige Auftreibung des Rumpfes oder eine so excessive Ausdehnung eines Theiles des Fötus bedingen, dass der übrige Körper wesentlich hinter derselben zurücktritt) mit einem Anhang: »abnorme Größe des kindlichen Körpers«, »Acardie« (Kapitel 20) und Doppelmissbildungen« (Kapitel 21) schließen die vierte Unterabtheilung der zweiten Abtheilung. Für die Entstehung der Doppelmissbildungen wird nur die Verwachsungstheorie in Anspruch genommen und die Eintheilung der Missbildungen nach G. Veit durchgeführt.

Nachdem Vorderscheitellagen mit unter den normalen Schädellagen abgehandelt wurden (1. Bd. p. 403 dieses Handbuches), so finden wir im 22. Kapitel unter »anomaler Stellung und Haltung des Kopfes bei Schädeleinstellung« den »relativ tiefen Stand des Hinterhauptes« und die »abnorme Senkung des Vorderhauptes« (Scheitelstellung) — welch beide Stellungen die natürliche

Anpassung an die Geburtshindernisse: gleichmäßig allgemein-verengtes und gerad-verengtes Becken bilden — dann die »Vorder- und Hinterscheitelbeineinstellung« (vordere resp. hintere Ohrlage) und den »tiefen Querstand« behandelt. Eine Naegele'sche Obliquität, welche immer wieder als Ursache der Vorderscheitelbeineinstellung angegeben wird, existirt nach K., wie derselbe durch eine große Anzahl von Messungen festgestellt hat, nicht. Die Haltung und Kopfeinstellung des Kindes hängt überhaupt nicht ausschließlich von der Lage der Gebärmutter ab. Auffallend ist, dass bei der Therapie des tiefen Querstandes ein Erfolg von der dynamischen Wirkung der Zange anerkannt wird.

Vollkommen erschöpfend (bis auf die mangelnde Diagnose) sind die »Gesichtslagen« (Kapitel 23) erörtert, besonders ausführlich die Ätiologie derselben. Hecker's Theorie der dolichocephalen Schädelbildung findet keinen Anklang; Schatz's Theorie fehlt ganz. Beim abnormen Geburtsmechanismus wird auch eine verkehrte Rotation gegen die Ansicht der neueren Autoren aufrecht erhalten. Nachdem sich Verf. ganz auf den Boër'schen Standpunkt: die Gesichtsgeburten den Naturkräften zu überlassen stellt, so fordert er für dieselben nur eine diätetische Behandlung wie für die Schädellagen. Auch den neueren Bestrebungen gegenüber: manuell in Hinterhauptslagen umzuwandeln, verhält er sich ablehnend.

»Stirnlagen« geben den Stoff für das 24., »Unterendlagen, Beckenendlagen« für das 25. Kapitel ab. Bei Besprechung der eminent seltenen Stirngeburten mit nach hinten gewandtem Gesichte vermissen wir den schönen Fall aus der Schautaschen Klinik. Sehr ausführlich sind Begriff, Nomenklatur, Frequenz, Ätiologie, Geburtsmechanismus, klinischer Verlauf, Diagnose, Prognose und Therapie der Beckenendlagen behandelt. Hinsichtlich der letzteren ist Autor für das exspektative Verfahren, insbesondere spricht er sich gegen das prophylaktische Herabschlagen eines Fußes aus.

Im 26. Kapitel werden die »Querlagen« nach jeder Richtung hin zufriedenstellend dargestellt, wenn wir auch nicht der Ansicht des Verf., dass die Braxton-Hicks'sche Methode zur Korrektur von Querlagen mehr als entbehrlich sei, da man selbst bei abgeflossenem Fruchtwasser unter allen Umständen bis zur völligen Erweiterung des Orificiums warten könne, huldigen.

»Besondere Komplikationen durch fehlerhafte Haltung getrennter Zwillinge bedingt« lautet die Aufschrift des 27. und fehlerhafte Haltung der Extremitäten-Extremitätenvorfall« jene des 28. Kapitels, welche beide eben so wie die nächsten: »Nabelschnurknoten« (29), »Nabelschnurumschlingung« (30.) und »Nabelschnurvorfall« musterhaft den betreffenden Stoff innerhalb des hergebrachten Rahmens behandeln.

Wenn wir uns zum Schluss noch eine Bemerkung erlauben, so ist es der Wunsch, dass bei einer neuen Auflage — und dass eine solche bald zu Stande kommen wird, zweifeln wir bei dem hohen

Werth der vorliegenden Arbeit nicht — die überflüssig häufig angewandten Fremdwörter ausgemerzt werden möchten. Es ist doch störend, wenn wir z. B. innerhalb weniger Zeilen (auf p. 540) Wörtern wie »Avertissement«, »Nuance«, »Untersuchungscouchette«, »Crux«, »Constanz« begegnen oder öfters lesen »avertism«, Omissionssünden etc.

Torggler (Innsbruck).

Kasuistik.

2) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

152. Sitzung am 6. Februar 1890.

Vorsitzender: Herr Leopold; Schriftführer: Herr Münchmeyer.

Herr Brosin hat sich als Mitglied gemeldet.

Kassenrevision durch die erwählten Herren Bille und Gelbke.

Mehrere durch das 75jährige Stiftungsfest der Frauenklinik erwachsene Ausgaben werden auf Antrag des Vorsitzenden und auf Befürwortung des Herrn Gelbke einstimmig gutgeheißen.

I. Herr Münchmeyer demonstrirt die Zeichnung eines Situs viscerum transversus, welcher bei einem in der Klinik geborenen Kinde beobachtet wurde. Als besonders interessanten Befund hebt er hervor: den Defekt des Septum ventriculorum und atriorum cordis; im Sulcus coronalis entsprang die Arteria pulmonalis, gerade in die Höhe verlaufend, um sich 6 cm über dem Zwerchfell im Bogen schräg über den linken Bronchus weg nach dem 5. Brustwirbel zu begeben und von hier an geradlinig vor der Wirbelsäule herabzusteigen. In der Mitte des Pulmonalbogens ging die A. subclavia sin. ab, dann gab die Pulmonalis drei Äste ab, einen für die linke, zwei für die rechte Lunge. Rechts neben der Pulmonalis entsprang die Aorta und theilte sich in drei Hauptstämme, in die rechte Subclavia und in die linke und rechte A. carotis communis. Eine genaue Beschreibung wird anderweitig erfolgen.

II. Herr Dr. Pantzer stellt eine Schwangere mit Chorea vor.

Die 26jährige Frau, seit 5 Jahren verheirathet, wurde im 6. Monat ihrer 5. Schwangerschaft in die Klinik aufgenommen. Die Anamnese ergab Folgendes: Mutter starb an Brustkrebs, der Vater ist lungenleidend, Geschwister gesund; sie selbst machte Masern und Scharlach durch und war oftmals ohrenleidend. Erste Regel im 14. Jahre, regelmäßig, 4wöchentlich, 3tägig; vor 6 Jahren mehrwöchentliche Behandlung wegen Rheumatismus in den Armen. Die beiden ersten Entbindungen waren regelmäßig, beide Kinder starben später an Krämpfen. Während der 3. Schwangerschaft (vor 2 Jahren), traten zum ersten Male choreatische Bewegungen auf, im 7. Monat der Schwangerschaft. Damals Aufnahme in die Klinik. Sehr starke choreatische Bewegungen, so dass die Frau aus dem Bette zu fallen drohte, auch während des durch Chloral hervorgerufenen Schlafes. Die Bewegungen werden so heftige, dass beschlossen wurde, die Geburt (8. Monat) einzuleiten, was durch Kolpeurynter und Bougie geschah. Geburt eines tief asphyktischen, nicht zu belebenden, unreifen Kindes. Nach der Entbindung Wohlbefinden, doch halten die choreatischen Bewegungen noch an. Während des 16 Tage dauernden Wochenbettes nahmen dieselben unter großen Morphium- und Bromkaligaben, später Arsenik, langsam ab und waren bei der Entlassung nur noch in geringem Maße vorhanden, um unter weiterem Arsengebrauche im Verlaufe einiger weiterer Wochen ganz zu verschwinden. Während der 4. Schwangerschaft leichte Erscheinungen von Chorea (in den letzten Monaten), Geburt und Wochenbett verliefen ohne Störung. — Letzte Regel Mitte August 1889, Empfängnis unbekannt, erste Kindsbewegung 10. December 1889. Im Laufe der jetzt bestehenden 5. Schwangerschaft stellten sich die alten Beschwerden von Neuem ein. Ungefähr 8 Tage vor der Aufnahme der Kranken wurden die ersten Symptome wieder bemerkt, die sich

nach steigerten und Pat. veranlassten, die Hilfe der Klinik in Anspruch zu nehmen. Bei der Aufnahme, so wie in den beiden folgenden Tagen zeigte die Kranke die für Chorea charakteristischen Bewegungen in ziemlich hohem Grade, so dass 0,015 Morphium mehrmals mit allerdings nur vorübergehendem Erfolge gegeben wurde, daneben wurde strengste Bettruhe beobachtet. Der Schlaf war im Ganzen und Großen ruhig; jedenfalls hatten die Beschwerden nicht die Höhe erreicht, wie sie im Jahre 1887 beobachtet wurden. Nach ungefähr 2 Tagen konnte ein erhebliches Nachlassen aller Symptome festgestellt werden. Pat. konnte das Bett verlassen, wurde aber, um die Besserung zu sichern, in der Klinik behalten, wo sie mit leichter Hausarbeit beschäftigt wurde und sich subjektiv vollkommen wohl fühlte.

Der Ernährungszustand der Pat. ist ein mäßig guter; Temperatur und Puls normal, Lungen gesund. Herzdämpfung beginnt am oberen Rande der 3. Rippe, reicht rechts bis zum Normalrande und überragt links einen Finger breit die Mammillarlinie; 1. Ton an der Spitze unrein, 2. Pulmonalton stark accentuirt, klappend. Übrige Organe ohne nachweisbare Veränderungen. — Pupillarreaktion normal, Bulbi bewegen sich gleichmäßig; Sensibilität nirgends gestört. Im Gebiet des Facialis und Hypoglossus leichte Bewegungen. Stärkere Kontraktionen des Kopfnickers und der Extremitätenmuskulatur, rechts stärker als links. Die Rumpfmuskeln sind nur wenig betheiligt.

Während der äußeren und inneren Untersuchung nahmen sämmtliche Bewegungen nicht unbedeutend zu.

Pat. hat am 2. Mai spontan ein ausgetragenes Kind geboren. Während der Geburt Zunahme der choreatischen Bewegungen, nach derselben Nachlass, ohne dass sie im Wochenbett ganz aufhörten. Mit geringen Erscheinungen am 9. Tage entlassen. Kind gesund.

Diskussion: Herr Leopold hat im Ganzen 4 ähnliche Fälle gesehen; alle 4 wiesen Erkrankungen am Herzen auf, keine Frau starb; in einem Falle war die Chorea mit Hysterie gepaart. Therapeutisch warnt er vor zu großen Gaben von Bromkali, da es während der Schwangerschaft leicht Blutungen hervorruft.

III. Herr Leopold: Über Extra-uterin-Schwangerschaft. (Ausführlichere Mittheilung an einem anderen Orte.)

Herr Klotz hat in seinen Fällen punktirt und 1%ige Karbolsäure injicirt; dann erst hat er operirt. Die Placenta saß bei seinen Fällen stets oben, die Blutung war gering. Er schont den Sack möglichst und näht ihn ein. Dabei tritt in 5 bis 6 Wochen gewöhnlich die Genesung ein. Bis zur 12. Woche der Gravidität ist der Sack natürlich zu exstirpiren.

Im Anschluss hieran demonstrirt Herr Kiessler 3 Präparate von Extra-uterin-Gravidität.

---

3) Gesammtbericht über das öffentliche Gesundheitswesen der Provinz Schleswig-Holstein, umfassend die Jahre 1886—1888.

Erstattet von Dr. J. Bockendahl, Regierungs- und Geh. Medicinalrath.

Der Bericht enthält u. A. einige geburtshilfliche Daten. Die Bevölkerung Schleswig-Holsteins zeichnet sich dadurch aus, dass sie weniger Weiber als Männer aufweist, was in einigen Kreisen nicht erklärlich ist. Während im übrigen preußischen Staate auf 1000 Einwohner weiblichen Geschlechts 397 Frauen kommen, die im Alter der Fruchtbarkeit stehen, hat Schleswig-Holstein nur 361. Wenn gleich von ersteren nur 63%, von letzteren 64% verheirathet waren, so darf man doch aus diesem Verhalten auf eine geringe Geburtsziffer rechnen. Andererseits werden auch mehr Knaben geboren. Die Zahl der Todtgeborenen ist größer auf dem Lande, als in den Städten, was aus der geringeren Schonung der Schwangeren erklärlich ist. Die Regel, dass Knabengeburten gefährdeter sind, als Mädchengeburten, spricht sich in allen Zahlen aus; um so auffallender ist das Gegentheil, wo es sich um uneheliche Geburten handelt. Bei letzteren sind nicht allein die

Todtgeborenen häufiger, sondern es nähern sich auch in der Ungunst der Lebenserwartung die Mädchengeburten den Knabengeburten. Eine sorgfältige Berechnung der Todtgeburten von 1876—1888 zeigt, dass deren Menge abnimmt. Aus der Operationsstatistik möchte ich die Zahlen aus dem Jahre 1888 anführen, denen die der beiden anderen Jahre fast genau entsprechen. Vorgekommen sind auf 1000 Geburten: 947 Kopflagen, 29 Steißlagen, 9 Querlagen; Anwendung der Zange 23,3; Wendung 11,2; Extraktion 5,2; Perforation 0,67; künstliche Frühgeburt 0,39; vorliegender Mutterkuchen 1,1; Nachgeburtsstörung 8,7; verspätete Hilfe 30,8. Von 1000 Müttern überstanden 13,5 Mehrgeburten. Die zeitliche Vertheilung der Geburten zeigt wie in ganz Europa Septembersteigerung (Tagesdurchschnitt 44,4 gegen Juli 40,3); die höchste Zahl der Todtgeburten dagegen weist der Januar auf (Tagesdurchschnitt 4,38 gegen September 4,02, August 3,66). Im Puerperium starben in Städten 3,4‰, auf dem Lande 4,5‰, also im Durchschnitt 4,1‰. Die Ungunst des Lebens für unehelich geborene Kinder setzt sich selbstredend nach der Geburt fort und ist im Säuglingsleben am deutlichsten erkennbar. Im Geburtsjahr 1888 starben von ehelich lebend Geborenen 17%, von unehelich lebend Geborenen 35,6%.

K. Ruhemann (Berlin).

4) Bericht des k. k. Krankenhauses Wieden vom Solarjahre 1888.

Wien, Selbstverlag, 1889. 435 S.

Das Wiedener Krankenhaus bei Wien hat keine besondere gynäkologische Station, die betreffenden Kranken sind zum Theil auf den äußeren, zum Theil auf den inneren Stationen untergebracht. Bei den meisten Genitalerkrankungen findet man meist nur die Zahl der behandelten Fälle und das Resultat der Behandlung kurz registrirt, jedoch ohne Angabe der angewandten Mittel. Auffallend ist das durchaus negative therapeutische Resultat beim Uteruscarcinom. Auf der chirurgischen Abtheilung des Prof. v. Mosetig-Moorhof wurden im abgelaufenen Jahre 3 Cystovarien entfernt und zwar sämmtlich mit Stielversenkung. — Heilung. Bemerkenswerth sind 2 Fälle von Ovarialcysten, die an einem Tage aufgenommen, an einem Tage operirt und nach 12 Tagen geheilt entlassen wurden (Duplicität der Fälle).

Auf der chirurgischen Abtheilung von Dr. Kumar kam zur Operation: 1) Ein Fall von Hymen imperforatum bei einem 17jährigen Mädchen. Nachdem durch Punktion mittels Trokar dauernder Erfolg nicht eintrat, Excision der Membran, Vereinigung der Schleimhauträänder durch die Naht.

2) Ein Fall von Vaginismus höheren Grades bei einer sehr nervösen 32jährigen Frau wurde durch gewaltsame Dehnung des Sphincter vaginae und Verschorfung der schon bei bloßer Berührung äußerst empfindlichen Carunculae myrtiformes mittels Thermokauters so weit gebessert, dass nach Heilung der gebrannten Stellen die Einführung des Zeigefingers, ohne besonderen Schmerz zu veranlassen, möglich war. Seither — 1 Jahr — hat die Frau geboren.

3) Hypertrophie der Vaginalportion des Uterus, kombinirt mit einem ca. 12 cm langen, zungenförmig aus dem Cervicalkanal hervorragenden fibrösen Polypen, kam bei einer 42jährigen Frau zur Behandlung. Abtragung der Vaginalportion inklusive Polypen mit der galvanokaustischen Schlinge, Verschorfung des Mutterbodens mit dem Porzellanbrenner. Heilung nach 36 Tagen.

Interessant wäre noch folgender Fall von Mastitis bei einem 17jährigen jungen Manne als Folge der Pubertätsentwicklung. Beide Brustdrüsen geschwellt (etwa so groß, wie die Brust eines gut entwickelten 14jährigen Mädchens), höchst druckempfindlich und namentlich in der Umgebung der Warzen hart. Das Leiden hatte 2 Monate vorher mit dem Gefühle von Spannung und reißenden, in die Achselhöhle ausstrahlenden Schmerzen begonnen, wie es bei Mädchen während der Entwicklung der Brüste vorkommt. Unter Anwendung von Kälte in der ersten Zeit, später von warmen Umschlägen und einer Jodsalbe ging die Entzündung zurück und war nach 16 Tagen auf einer Seite ganz, auf der anderen so weit beseitigt, dass Pat. davon nicht mehr belästigt war.

Auf der inneren Abtheilung des Dr. Lütkemüller kamen 14 Puerperal-

erkrankungen zur Behandlung und zwar nach Zangengeburt, nach Placentalösung, nach Zwillingsgeburt je 1mal, nach Abortus und nach protrahirter Entbindung je 3mal. Alle Entbindungen fanden außerhalb der Gebäranstalt oder eines Krankenhauses statt. 7 Frauen starben. Komplikationen: Bei den günstig verlaufenden Fällen: Pericarditis und Thrombose der linken Cruralvene; multiple Gelenkentzündung und gangränöser Decubitus; Lungentuberkulose; Syphilis; Erosionen je 1mal. Bei den letalen Fällen: Endocarditis; Pleuropneumonie; Pleuritis; Lungentuberkulose und Wandererysipel je 1mal. Die Dauer der Spitalbehandlung betrug für die Geheilten 13, 58, 59, 69, 70, 71, 108 Tage, für die Verstorbenen 2 (2mal), 3, 4, 5, 6, 8 Tage. Mit Ausnahme eines Falles handelte es sich um sehr schwere puerperale Infektionen. Die Therapie bestand in 1-, höchstens 2maliger Ausspülung der Uterushöhle mit (? %) Sublimatlösung, in regelmäßigem Einführen von Jodoformstäbchen in die Cervix und Ausspülen der Vagina mit Kalium hypermanganicum oder 2%iger Karbollösung. Von operativen Eingriffen war die Entfernung von Placentaresten in 2 Fällen nothwendig (gestorben 1 Fall).

K. Ruhemann (Berlin).

5) Tyson. Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Nierenerkrankung Schwangerer.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1889. Oktober 26. p. 579.)

T. will die Einleitung der künstlichen Frühgeburt in dreierlei Reihen von Fällen empfehlen:

1) Bei Frauen, welche in einer früheren Schwangerschaft schwere Albuminurie und ihre nervösen Folgezustände durchgemacht haben und nun bei einer abermaligen Schwangerschaft wieder Albuminurie aufweisen. Eine solche pflegt, wenn man bis zur Zeit der Entbindung wartet, verhängnisvoll zu werden.

2) Bei I-Schwangeren, welche vor ihrer Schwangerschaft an Nephritis litten. Mädchen, welche mit dieser Krankheit behaftet sind, räth T. vom Heirathen ab. Tritt aber in solchem Fall Schwangerschaft ein, so muss man rechtzeitig die Frühgeburt einleiten, um den sonst wohl unvermeidlichen tödlichen Ausgang zu verhüten.

3) Weniger sicher begründet erscheint T. dieser Eingriff in allen übrigen Fällen, welche nicht in die ersten 2 Reihen gehören, doch will er ihn für alle diejenigen wenigstens anrathen, in welchen schwere Störungen, zumal Amaurose eintritt. Freilich ist ja der Eintritt des Aborts etwas sehr Gewöhnliches, andererseits aber auch sogar bei Ablauf der Schwangerschaftsdauer ein günstiger Verlauf durchaus nicht unmöglich.

Lühe (Demmin).

6) N. Charles (Liège). Betrachtungen über die beiden Operationen: Laparo-Hysterotomie und künstliche Frühgeburt.

(Journ. d'accouch. 1889. No. 20 u. 21.)

Wie traurig die mit dem alten Kaiserschnitt erzielten Resultate waren, beweist eine Statistik der in der Lütticher Entbindungsanstalt seit ihrem Bestehen (1808) bis zum Jahr 1870 ausgeführten 32 Kaiserschnitte. $84^1/_3$% der Mütter starben $63^2/_3$ der Kinder. Die hohe Sterblichkeitsziffer der Mütter kann mit Rücksicht auf die vorantiseptische Zeit und die mangelhafte Methode nicht Wunder nehmen, wohl aber die der Kinder. Auf sie weist C. denn auch besonders hin.

Seit Einführung der Sänger'schen Modifikation der Sectio caesarea haben sich die Mortalitätsverhältnisse nicht nur der Mütter, sondern auch der Kinder sehr wesentlich gebessert. $74^1/_2$% der ersteren, $91^3/_4$ der letzteren wurden gerettet.

C. hält den Kaiserschnitt heut zu Tage stets indicirt bei Becken mit einer C. v. von $5^1/_2$ cm und weniger, wenn das Kind lebt. Bei einer C. von $5^1/_2$—7 cm will er, nähert sich jene 7 cm, einen Versuch mit der künstlichen Frühgeburt im $6^1/_2$ bis 7. Monat machen; ist sie kleiner, müsste man jene noch früher einleiten. Das Kind wäre dann nicht lebensfähig. Hat die Schwangerschaft unter diesen Ver-

hältnissen ihr Ende erreicht, so hält er bei lebendem Kind die Sectio caesarea, bei todtem die Kephalotripsie für indicirt.

In Betreff des Zeitpunktes, wann der Kaiserschnitt ausgeführt werden soll, stimmt C. mit Sänger überein. Die Wehenthätigkeit soll (spontan) begonnen haben, der Muttermund direkt erweitert sein, dass die Lochien ungehindert abfließen können. Auf die Regelmäßigkeit und Stärke der fötalen Herztöne legt Verf. weniger Werth. Nur fordert er, dass sie nicht allzu schwach und nicht unter 100 gesunken seien.

Die Methode, nach welcher C. operirt, weicht von der jetzt ziemlich allgemein geübten nicht ab. Von der Muskulatur resecirt er nichts. Als Nahtmaterial empfiehlt er karbolisirte Seide. Er tritt für die sero-seröse Naht ein. — Den Porro will er nur für Ausnahmefälle, z. B. unstillbare Blutung, Septikämie, unregelmäßigen Riss im Uterus reservirt wissen. **Graefe** (Halle a/S.).

7) Reed. Die Behandlung der Uterusruptur in der Geburt.

(New York med. journ. 1889. November 9. p. 505.)

1) Wenn das Kind sich nach der Ruptur noch innerhalb der Gebärmutterhöhle befindet, muss die Zange angelegt und rasch entwickelt werden, falls eine Kopflage bestand; falls ein anderer Theil vorliegt, wird die Wendung und Extraktion zu machen sein. Nur dann, wenn diese Operationen nicht zum Ziele führen, wird sogleich zur Ausführung des Kaiserschnittes nach Porro oder Sänger, je nach den Verhältnissen, geschritten werden müssen, mehrfache Versuche zur Entbindung per vias naturales sind zu meiden.

2) Ist die Entwicklung des Kindes und der Nachgeburt per vias naturales gelungen, so werden die ferneren Maßregeln davon abhängen, ob der Riss vollständig oder unvollständig ist. Im letzteren Fall wird eine Heilung durch antiseptische Ausspülungen sehr gut möglich sein; aber auch sogar im ersteren ist sie durchaus nicht völlig ausgeschlossen. Dennoch kann man hier nicht darauf hoffen und es erscheint richtiger, einen Probebauchschnitt zu machen, um die Verhältnisse klar zu legen. Es wird dann je nach der Sachlage verfahren, z. B. nähte R. die Risswunde in einem Fall zu, nachdem er die Bauchhöhle von den wenigen Gerinnseln gereinigt hatte. Pat. genas.

3) Bleibt nach Entwicklung des Fötus die durch den Riss in die Bauchhöhle ausgetretene Placenta dort zurück, so ist der Bauchschnitt unumgänglich nöthig. Auch hierfür bringt R. aus seinen eigenen Erlebnissen ein Beispiel bei, allein Pat. starb.

4) Ist der Fötus und die Placenta in die Bauchhöhle ausgetreten, so ist nach R. die Nothwendigkeit des Bauchschnittes klar. **Lühe** (Demmin).

8) Lecorche (Paris). Schwangerschaft und Bright'sche Krankheit.

(Med. age 1889. No. 20.)

L. glaubt nicht, dass Schwangerschaft die Ursache chronischer Nephritis ist, sondern dass jene nur eine bestehende Nierenerkrankung verschlimmert. Durch Beförderung der fettigen Degeneration der Epithelien einer in ihren Funktionen bereits gestörten Niere, behindert Gravidität die sekretorische Thätigkeit des Organs und schafft eine Prädisposition zu urämischen Anfällen. Durch Veränderung der Blutzusammensetzung, durch die erwiesenermaßen dilatirende Wirkung, welche sie auf das Herz ausübt, erleichtert sie das Auftreten von Anasarca.

Um seine Ansicht zu stützen theilt Verf. 3 einschlägige Fälle mit.

Graefe (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger und eine Beilage von A. Keysser, Fabrik chemisch-pharmaceut. Präparate, Hannover.

AUG 28 1890

Centralblatt

für

NÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Prä-
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Sonnabend, den 16. August. 1890.

eifel, Beiträge zur Lehre vom Geburtsmechanismus unter Demon-durchschnitten durch den Körper einer Hochschwangeren. — II. **A.** ei Osteomalacie. — III. **Ed. Falk**, Über uterine Antrophore. (Ori-.)

illis. — 2) **Rüger**, Myoma uteri. — 3) **Gray**, Theorie des Coitus. —

Gesellschaft zu Dresden. — 6) **Dirska**, Post-partum-Blutung. — 7) **Colman**, 8) **Claiborne**, Eklampsie. — 9) **Hausen**, Temperatur bei Gebärenden. — 10) **Hausen**, Eversion. — 11) **Levy**, Kaiserschnitt. — 12) **Ingerslew**, Künstliche Früh-geburt. — 13) **Waldy**, Netzcyste.

I. Beiträge zur Lehre vom Geburtsmechanismus unter tion von Gefrierdurchschnitten durch den Körper einer Hochschwangeren.

Von

P. Zweifel.

(Nach einem Vortrag in der geburtshilfl. Gesellschaft zu Leipzig am 19. Mai 1890.)

Es haben sich in neuerer Zeit die Gefrierdurchschnitte durch den Körper von verstorbenen Hochschwangeren und Kreißenden als Beiträge von größtem Werth für die Lehre vom Geburtsmechanismus erwiesen und zur Sichtung unserer Kenntnisse über die mechanischen Vorgänge bei der Geburt mehr beigetragen, als die rein klinische Beobachtung, wie sie in Nägele ihren Hauptvertreter fand, oder die gleichsam experimentelle Bearbeitung dieser Lehre durch Schatz und Lahs.

Unstreitig hat sich damit W. Braune, der die Methode für Gebärende zum ersten Mal zur Anwendung brachte, große Verdienste erworben.

In Gemeinschaft mit Herrn Kollegen Braune hatte Vortr. bei einer sich bietenden Gelegenheit die Zahl der vorhandenen Gefrier-

durchschnitte um eine neue Serie vermehrt. An Hand der ausgezeichnet gelungenen Schnitte und der vortrefflichen Zeichnungen, welche mit äußerster Sorgfalt bis auf Millimeter genau ausgeführt wurden, will Vortr. in Folgendem die wichtigsten geburtshilflichen Ergebnisse seiner Untersuchungen erläutern.

Die anatomische Beschreibung übergehe er bei dieser Gelegenheit und verweise auf das Original[1], wo Herr Braune im erläuternden Text die Details in eingehender Weise erörterte.

Das Präparat stammt von einem Mädchen, welches fast am Ende der Schwangerschaft an den Folgen eines Herzfehlers nach kurzer Agone starb. Der gefrorene Körper wurde erst in der Mittellinie durchsägt, dann wurden parallele Längsschnitte der rechten Körperhälfte angelegt, während durch die linke Schnitte in horizontalen Ebenen geführt werden sollten. Das scheiterte an Veränderungen des Präparates und wurde desswegen diese Hälfte mit Hilfe eines Koordinatensystems auf das genaueste ausgemessen.

Redner schilderte nun in Kürze die Form des Uterus, welcher überall von gleicher Wanddicke war, so dass sich keine Andeutung eines Kontraktionsringes an ihm fand. Das Bestehen einer Cirkularvene sei nach den Untersuchungen von Braune, welcher den Venenspalt über der Blase mittels Einführen von Sonden genauer verfolgte, in Abrede zu stellen. Besonders machte Vortr. auf die deutliche Abhebung der Scheidenwand gegen Rectum und Blase aufmerksam. Es finde sich da jedes Mal zwischen der Scheidenwand und dem angrenzenden Organe eine deutliche bindegewebige Spalte. Es ist dies der Raum, den man bei der vaginalen Totalexstirpation des Uterus gewinnen muss, um die Trennung höher hinauf durchzuführen, ohne Verletzung der anliegenden Organe. Das Präparat zeigt den Cervicalkanal lang und uneröffnet. Dies in Zusammenhalt mit der gleichmäßigen Dicke der Uterusmuskulatur ist als Beweis anzusehen, dass die Betreffende noch keine spürbaren Wehen hatte, sondern als Hochschwangere zu bezeichnen ist.

Trotzdem ist der Kopf so tief in das Becken eingetreten, dass dies allein für einen Kontraktionszustand des Uterus zeugt. Doch sei derselbe in diesem Fall nur durch die Leichenstarre bedingt. Es stimmt dieser Stand des Kopfes genau überein mit anderen Schnitten bei Hochschwangeren z. B. demjenigen von Saexinger.

Die Messung der linken Beckenhälfte wurde durch ein Koordinatensystem ausgeführt. Es wurde dabei die Geräumigkeit des Geburtskanales gemessen bis zu den Weichtheilen, also den Muskeln des Beckens und bis zu dem Knochen.

Das Nähere dieser Ausmessung möge im Original verglichen werden.

Zur Ausmessung gelangten:

---

[1] Braune und Zweifel, Gefrierdurchschnitte in systematischer Anordnung durch den Körper einer Hochschwangeren. Leipzig, 1890.

er Conjugata vera bezw. diejenige des Becken-

eite nach bisheriger Definition, welche gezogen
er Symphyse zum Knick des 3. Kreuzbeinwirbels,
rallele Ebene nach Hodge, welche vom unteren
zum Querwulst zwischen 2. und 3. Kreuzbein-

ge vom unteren Rand der Symphyse zum Kreuz-

ctionsschnitt, die sog. zweite parallele Ebene nach
s kleine Becken in zwei Räume, den oberen, die
t gleich langer Vorder- und Hinterwand und den
en Beckentrichter, welcher eine knöcherne
ch an der hinteren Wand und den beiden Seiten
. Recht ist der obere Theil des Beckenraumes
ennen, da er im nicht schwangeren Zustand that-
nit wechselndem bezw. beweglichem Inhalt aus-
m Raum liegen das Corpus uteri und die Darm-

1 Hegar in seiner Veröffentlichung über die
ese »zweite Parallele« aufmerksam gemacht, wür-
J. Veit[3] in seinen Beckendurchschnitten näher
nen »Hauptebene«. Worin liegt die hervorragende
J. Veit diesen Namen gab? Man sollte voraus-
tion für den Geburtsmechanismus. Doch lässt
ien Stellen von Veit's Werk entnehmen, dass er
m wesentlichen Einfluss auf die Drehungen des
ie J. Veit so ist auch Vortr. zu der Überzeugung
bisherige Beckenweite keinen Einfluss auf den
eine wesentliche Bedeutung für die Theorie der
m der Geräumigkeit willen ist andererseits die
»Hauptebene« sehr geeignet der Beckenweite den Rang streitig zu machen und wie später erörtert werden soll, besitzt diese auch Einfluss auf den Geburtsmechanismus. Soll es da nicht viel einfacher und natürlicher sein die alte Definition fallen zu lassen und die vom unteren Symphysenrand parallel zum Beckeneingang laufende Ebene in Zukunft Beckenweite zu nennen? Hodge blieb streng in den Grenzen der Logik; denn er nannte den Beckeneingang erste parallele Ebene und danach folgerichtig diejenige vom unteren Rand der Symphyse aus zweite parallele. Aber wir haben einmal im Deutschen andere Namen und wenn man an den Bezeichnungen Beckeneingang, Beckenenge, Beckenausgang festhalten will, so passt der Ausdruck Hauptebene nicht zwischen hinein. Es könnten durch die letztere von J. Veit vorgeschlagene Benennung nur Missverständ-

---

[2] Archiv für Gynäkologie Bd. I.
[3] Die Anatomie des Beckens. Stuttgart, 1887.

nisse entstehen, denn für die Praxis der Geburtshilfe hat der Beckeneingang die hauptsächlichste Bedeutung und ist und bleibt dies die Hauptebene, wenn man überhaupt von einer solchen sprechen will.

Es werden die Formen und die Zahlen für die einzelnen Beckenebenen vorgelegt.

Für den Geburtsmechanismus ergiebt sich daraus, dass die Senkung der kleinen Fontanelle, also die erste Drehung des Geburtsmechanismus, die Folge ist von Druck und Widerstand. Jedenfalls könne nicht die »Wachsthumsrichtung der Frucht«, wie dies J. Veit aussprach, die Senkung der kleinen Fontanelle erklären. Die Nackenkrümmung des Embryo ist lange vor dem Ende der Schwangerschaft ausgeglichen. In seinem Falle steht der Kopf mit der Pfeilnaht quer. In dem queren Durchmesser des Beckeneinganges konnte der Kopf auch ohne Senkung des Hinterhauptes durchtreten. in der Conjugata dagegen wäre dies im vorliegenden Becken, obschon es nicht verengt war, unmöglich gewesen. Schlagender beweist das Ausbleiben der Senkung in dem auffallend weiten Becken, welches Barbour bearbeitete, den Satz, dass Druck von oben und Widerstand von unten die treibenden Kräfte für die erste Drehung des Geburtsmechanismus, nämlich für die Senkung des Hinterhauptes sind.

Bei der zweiten Drehung des Geburtsmechanismus wird von neueren Autoren, so von J. Veit und Varnier dem knöcheren Becken jeder Einfluss abgesprochen und die Drehung der kleinen Fontanelle nach vorn ausschließlich auf die Einwirkung der Muskeln bezogen, welche im kleinen Becken ihren Ursprung nehmen. Den hervorragendsten Antheil an der Drehung der kleinen Fontanelle nach vorn besitzt nach J. Veit der Musculus obturator internus, welcher die Konvergenz des unteren Abschnittes beider Sitzbeine wesentlich unterstützt. Varnier hat den Beweis für seine Ansicht mehr in negativem Sinne geliefert, indem er nachwies, dass der kindliche Kopf in jedem Durchmesser des skeletirten Beckens sowohl im geraden, schrägen als auch im queren und zwar in allen Beckenebenen, selbst in der Beckenenge hindurchzugehen vermöge, dass also, weil die Beckenknochen die Drehungen nicht bedingten, es die Weichtheile sein müssten. Die Beweisführung von Varnier bedarf doch einer Einschränkung. In dem vom Vortr. vorgelegten Becken könnte der Kindeskopf mit dem Fronto-occipital-Durchmesser, also ohne vorausgegangene Senkung des Hinterhauptes weder im geraden Durchmesser durch den Beckeneingang, noch im queren durch die Beckenenge gehen. Darin haben die Untersuchungen von J. Veit und dem Vortragenden dasselbe Ergebnis, dass die Weichtheile besonders die Beckenenge in einer Weise einschränken, dass sich hier der Kindeskopf genau anpassen muss, dass er hier gleichsam in den Zug, in den Drall eingepresst wird. Nur mit gerade gestellter Pfeilnaht und mit gesenktem Hinterhaupt vermag der Kopf durch den von den Muskeln freigelassenen Raum zu gehen.

Doch betont der Vortr., dass diese Geradstellung der Pfeilnaht zwar in der Beckenenge am entschiedensten zu Stande komme, die Drehung aber nachweislich schon beginne, wenn der größte Umfang des Kopfes in die parallele Beckenweite, oder die zweite Parallele nach Hodge, eintrete.

Beweis dafür seien die Gefrierdurchschnitte, besonders derjenige von Braune (II. Präparat, Eröffnungsperiode). Die Verhältnisse in den Durchschnitten von Chiari und Schröder seien aus verschiedenen Gründen schwer pro oder contra zu verwerthen. Dagegen brauche man in dem Braune'schen Gefrierdurchschnitt (II) nur den unteren Rand der Symphyse parallel zur Conjugata vera mit dem Kreuzbein zu verbinden, um sofort zu erkennen, dass in dem Präparat der größte Umfang des Schädels noch nicht in die Beckenweite eingetreten sei und doch schon die II. Drehung des Geburtsmechanismus begonnen habe.

Da die Muskelauskleidung gerade im Schnitt der parallelen Beckenweite ganz unbeträchtlich sei und trotzdem schon hier die Geraddrehung der Pfeilnaht beginne, so sei daraus doch der Schluss gestattet, dass die längsovale Form des knöchernen Beckenringes der parallelen Beckenweite schon von Einfluss auf die Drehung sei. Was die Beckenweite einleite, werde dann in der Beckenenge vollendet.

Die Ansicht von Olshausen betreffend, dass der Rücken des Kindes das primum movens sei, ergeben die Durchschnitte von Braune II, von Chiari und Schröder, dass die Drehung der Pfeilnaht nach vorn bereits begonnen hatte, während der Rücken noch vollkommen quer stand. Dies sind Beweise, dass die Drehung des Kopfes durch mechanische Einwirkung im Becken zu Stande kommt und seine Bewegung zuerst und unabhängig von derjenigen des Rückens erfolgt.

Bezüglich der Reihenfolge der einzelnen Drehungen des Geburtsmechanismus sei noch darauf hinzuweisen, dass die 2. Drehung des Geburtsmechanismus ihre Vollendung erst erreiche nach vollkommener Eröffnung des Muttermundes also in der ersten Zeit der Austreibungsperiode.

Alle diese Verhältnisse seien zunächst aus den Gefrierdurchschnitten, welche man geradezu den Momentphotographien an die Seite stellen könne, zu beweisen; es lasse sich aber durch genaue klinische Untersuchung am Kreißbett die Richtigkeit dieser Lehren nachweisen.

Doch sei dazu eine genauere Feststellung des jedesmaligen Kopfstandes nothwendig, als dies bisher gelehrt und geübt wurde. Es sei dies durchaus leicht, denn das Becken biete an seiner Innenwand so leicht kenntliche Marken, dass man von diesen aus die Kopfstellung mit großer Genauigkeit ausführen könne. Diese Marken seien an der vorderen Beckenwand der untere Rand der Symphyse, seitlich die Spinae ischii und hinten die einzelnen Querwülste des Kreuzbeines. Dann müsse aber auch mit der Oberflächlichkeit gebrochen werden, dass die Ärzte nur angeben, der Kopf stehe hoch oder tief. Der

Kopf sei so groß, dass die Angabe verlangt werden müsse, welcher Theil, ob die Leit- oder Führungsstelle oder der Berührungsumfang, d. h. die Peripherie des Schädels, welche man noch fühlen kann und die doch so ziemlich in Berührung mit der Beckenwand steht oder endlich der größte Umfang in dieser oder jener Beckenebene stehe.

Es bedarf wohl keiner weiteren Begründung, welche Bedeutung dies für Ausführung und Vorhersage der Zangenoperationen gewinnt. In dem vorliegenden Gefrierdurchschnitt stehe die am tiefsten gerückte Stelle des Schädels in der Beckenenge, d. h. wenn man die Ebene nach Ausmessungspunkten im Becken projicire, so liege dieselbe zwischen dem unteren Rand der Symphyse, dem Kreuz-Steißbeingelenk und dem oberen Rand des Ligamentum tuberoso-sacrum. Der Berührungsumfang liege vorn wenig, etwa querfingerbreit über dem unteren Symphysenrand, seitlich ziemlich am oberen Rande des Foramen obturatorium und etwa 1—1½ Querfinger über der Spina ischii. Hinten würde der Finger im vorliegenden Präparat bis zum zweiten Kreuzbeinwirbel gefühlt haben.

Man fühle nur an der Lebenden nach! Genau den entsprechenden Stand nimmt der Kopf ganz regelmäßig mit querstehender Pfeilnaht bis zur vollständigen Eröffnung des Muttermundes ein: es steht das Hinterhaupt, speciell die kleine Fontanelle, am unteren Rande des Ramus superior ossis ischii. Wenn dann nach voller Eröffnung des Muttermundes die 2. Drehung des Geburtsmechanismus beginnt, so rückt die kleine Fontanelle über das Foramen obturatorium bis zum Ramus inferior ossis pubis tiefer und verlässt wegen der Drehung nach vorn die Berührung mit der Beckenwand. Ein Theil der Sutura lambdoides verläuft dann quer über den Ramus inferior ossis pubis und steht direkt hinter diesem Knochenast.

Nur um zwei Querfinger Breite braucht der Kopf aus der erstbezeichneten Einstellung tiefer zu rücken, so ist die 2. Drehung des Geburtsmechanismus vollendet. Über das Foramen obturatorium hinweg, aber nicht auf einer Gleitbahn des Os ischii, rückt die kleine Fontanelle tiefer.

Die Stelle der Drehung, also der Drall des Geburtskanals, ist der oben bezeichnete Beckentrichter, von der parallelen Beckenweite bis zur Beckenenge. Vergleichen wir, wo in dem vorliegenden Präparat der größte Umfang liegt, so befindet er sich noch reichlich 2 Querfinger oberhalb der parallelen Beckenweite. Daraus geht hervor, dass das Einrücken des größten Kopfumfanges in diese Beckenebene die Drehung der kleinen Fontanelle einleitet und dass diese Drehung sich nicht erst in der Beckenenge vollzieht.

Ohne auf die Einzelheiten der dritten Drehung des Geburtsmechanismus einzutreten, hob Vortr. noch eine auffallende Erscheinung seines Gefrierdurchschnittes hervor. Die Gebärmutter ist ungleichmäßig zusammengezogen. Hinten oben am Sitz der Placenta befindet sich eine stärkere Ausbuchtung. Dagegen hat die stärker kontrahirte Gebärmutterwand den Steiß des Kindes mitgefasst und stark

ogen. Von einer Fruchtachse könne man im vorliegen-
icht sprechen, denn das Kind sei am Halse ganz ge-
st aber kein Zufall, sondern eine gesetzmäßige Er-
diese Abbiegung der kindlichen Achse, das Ausbiegen
ich der stärker zusammengezogenen Seite der Gebär-
h ganz eben so in den Durchschnitten von Saexinger,
l Winter. In dem Waldeyer'schen Durchschnitt ist
che Kontraktion der Gebärmutterwand angedeutet, die
ie Kindesachse kann jedoch nicht in Frage kommen,
eine Steißlage handelte.

chädellagen war nun die seitliche Druckwirkung des
ıpfes von unerwarteten Folgen. In dem vorliegenden
berührte die vordere Schulter den Kopf. Doch statt
den direkten Einwirkung in dem Sinn, dass der Kopf
Seite, welche den Druck direkt empfing auch tiefer
einrücke, zeigt sich gerade das Gegentheil. Die hin-
f nicht getroffene Kopfseite ist tiefer in das Becken
Promontorium vorbei gerollt. Der Kopf hat sich
eine Billardkugel, welche den Stoß über
m empfängt. Es ergiebt dies ein Rollen des Schä-
rontooccipitalachse im gegebenen Falle der Art, dass
eitelbein tiefer gerückt ist, als das vordere. Damit es
ş nicht fehle, zeigt der Durchschnitt von Saexinger
das umgekehrte Verhalten, dass die Placenta vorn saß, die Abbiegung des kindlichen Rumpfes nach hinten eintrat, die hintere Schulter den Kopf berührte und dafür das vordere Scheitelbein an der Symphyse tiefer rollte.

Dieses Tieferrollen oder Herumwälzen des Kopfes um die hintere Wand der Symphyse ist es, was von vielen Autoren als zweite Drehung des Geburtsmechanismus bezeichnet wird. Da diese Erscheinung nicht konstant ist und in einem ganz anderen Zusammenhang steht, als die übrigen Drehungen, so kann man füglich diese sog. zweite Drehung des Geburtsmechanismus fallen lassen und dann die 4 Drehungen auf 3 reduciren.

Diese Abbiegung der Kindeslänge, welche die Ansichten von Lahs über Fruchtwirbelsäuledruck vollkommen bestätigt, erklärt auch ungezwungen die Entstehung von Vorderscheitel- und Gesichtslagen. Wenn z. B. bei zweiter Schädellage der kindliche Rumpf nach rechts hinübergezogen wird und die Richtung der kindlichen Wirbelsäule der Art ist, dass eine Fortbewegung das kindliche Hinterhaupt über dem Centrum trifft, so wird das links befindliche Vorderhaupt abwärts rollen und eine Vorderscheitellage beziehungsweise eine Gesichtslage daraus entstehen.

Man kann ohne Weiteres erklären, dass eine Seitenlagerung der Frau, welche die Druckwirkung zu ändern vermag, also im angenommenen Fall nach links, von besserndem Einfluss auf die ungünstige Einstellung wäre.

II. Kastration bei Osteomalacie.

Von

Dr. **Albert Sippel**, Frankfurt a/M.

Gelegentlich einer Mittheilung über konservativen Kaiserschnitt (Archiv für Gynäkologie Bd. XXIX) sprach ich s. Z. Zweifel aus an der von Fehling angegebenen Heilwirkung der Kastration bei Osteomalacie. Im Folgenden gestatte ich mir nun einen Fall anzuführen, bei welchem durch die Kastration Heilung der Osteomalacie erzielt wurde. Wenn auch der Gedankengang, welcher im vorliegenden Fall die Kastration indicirt erscheinen ließ, ein anderer war, als den von Fehling ausgesprochenen Ansichten entspricht, so steht doch die Thatsache fest, dass durch die Kastration Heilung erzielt wurde, und zwar Heilung einer ziemlich fortgeschrittenen Erkrankungsform.

Bei dem regen Interesse, welches diese Frage bietet, glaubte ich den Fall kurz berichten zu sollen.

Die 36jährige VIpara Badzura, Briefbotenfrau, wurde am 13. Juli 1888 von mir nach Perforation des abgestorbenen Kindes schwer entbunden. — Seit einem mit starkem Blutverlust verbundenen Abort zwischen der 4. und 5. Niederkunft bestanden osteomalacische Beschwerden. Die ersten Geburten verliefen spontan, die 5. erforderte die Zange, die letzte die Perforation. Die Beckenverengung war ziemlich bedeutend, jedoch beschränkte sie sich in der Hauptsache auf den Beckeneingang. — Der Frau ging es darauf gut und ich verlor sie aus den Augen.

Am 18. November 1889, also nach 16 Monaten, sah ich die Pat. wieder. Die Erkrankung hatte erhebliche Fortschritte gemacht. Anamnestisch erfuhr ich, dass zunächst nach dem Wochenbett ein Schwinden der Beschwerden eingetreten war. Die Frau hatte ihre gesammte Arbeit ausführen können, ohne nennenswerthe Klagen zu haben. Zu Ende des Jahres 1888 fing die bis dahin normale Menstruation an, profus zu werden. Der Blutabgang war sehr stark und hielt 12—14 Tage jedes Mal an. Mit dem Eintritt der starken Blutverluste fand eine rasche Zunahme der osteomalacischen Beschwerden statt. — Die Frau betont, ohne speciell danach gefragt zu sein, das gleichzeitige Auftreten der Blutungen und der erneuten Schmerzen. — Zur Zeit, als ich die Pat. zum ersten Mal wieder sah, war sie abgemagert und anämisch. Es war ihr aufgefallen, dass die Kleider zu lang wurden. Die Wirbelsäule war verkrümmt. Die Beckenknochen waren so hochgradig verbogen, dass man nicht mit einem Finger zwischen den Schambogen eindringen konnte. Dem entsprechend waren die übrigen Beckentheile verändert. Die Portio war wegen der Enge des Beckenausgangs mit dem Finger nicht zu erreichen. — Ein jeder Schritt verursachte so starke Schmerzen, dass der Pat. Thränen in die Augen traten. — Auch die Rückenlage war schwierig einzuhalten. Die Zunahme der Erkrankung gegenüber dem Befund bei der letzten Geburt war eine bedeutende.

Das gleichzeitige Auftreten der Blutungen und der Verschlimmerung der Knochenerkrankung nach vorheriger spontaner Besserung legte den Gedanken nahe, dass zwischen beiden ein Zusammenhang bestehe. Jedenfalls musste man sich sagen, dass durch so starke Blutverluste die allgemeine Entkräftung nur beschleunigt wurde. Dass man also die Blutungen beseitigen musste, lag auf der Hand. Bei der Schwierigkeit, von der Vagina aus das Endometrium anzugreifen, und bei der Unsicherheit eines raschen und prompten Erfolges auf diesem Wege entschloss ich mich zur Kastration, als zu dem Eingriff, welcher am sichersten, schnellsten und vollständigsten die Blutungen aufhob.

Am 21. November wurde die Kastration ausgeführt. Dabei fand sich die Conjugata so verengt, dass 2 Querfinger nicht Platz darin fanden. Am 12. December

stand Pat. nach glattem Verlaufe auf. Durch allerlei Unterpolsterungen hatte man ihr die Rückenlage möglich machen müssen. Am 22. December ward sie entlassen

Der weitere Verlauf war nun folgender: die Blutungen kehrten nicht wieder In den ersten Wochen hielten die Beschwerden noch an, schwanden dann allmählich und hörten schließlich ganz auf. Gegenwärtig, am 5. Juli 1890, sieht die Pat. blühend aus, hat erheblich an Körpergewicht zugenommen und ist schon längere Zeit alle Beschwerden los. Pat. fühlt sich selbst gesund und ist glücklich, ihre bei 5 Kindern reichliche Hausarbeit, ohne zu ermüden und ohne irgend welche Klagen zu haben, ausführen zu können. Die Knochenverbiegungen haben nicht mehr zugenommen. Hinzufügen will ich noch, dass nach der Operation die Pat. wieder in völlig die gleichen Verhältnisse zurückkehrte, in denen sie vorher gelebt hatte. — Eine medikamentöse Behandlung wurde nicht eingeleitet.

Wenn ich sage, dass im mitgetheilten Falle durch die Kastration völlige Heilung der Osteomalacie erreicht wurde, so glaube ich, dass in Berücksichtigung des ganzen klinischen Verlaufes ein Zweifel hieran wohl nicht aufkommen kann. Hervorheben möchte ich nur, dass lediglich die Blutungen mich veranlassten, die Kastration vorzunehmen, nicht die Osteomalacie als solche. Ob nun die Heilwirkung in der That nur der Ausschaltung der Blutverluste zuzuschreiben ist, was ich in diesem Falle anzunehmen geneigt bin, oder ob nicht auch noch andere Faktoren dabei mitsprechen, diese Frage muss ich offen lassen. Jedenfalls glaubte ich die Krankengeschichte als kleinen Beitrag zur Erörterung der Frage: »Ist die Osteomalacie durch Kastration heilbar?« mittheilen zu sollen.

(Aus Dr. L. Landau's Privatklinik in Berlin.)

III. Über uterine Antrophore.

(Vorläufige Mittheilung.)

Von

Dr. **Edmund Falk** in Berlin.

Bei der Behandlung der Endometritis haben in den letzten Jahren einerseits die Ätzungen der Schleimhaut mittels mit Chlorzink getränkter Watte oder die Einspritzungen von Jodtinktur, andererseits die Curettage die ausgedehnteste Anwendung gefunden, während die Behandlung mit Stiften und Stäbchen mehr in Vergessenheit gerathen ist, sowohl wegen der Umständlichkeit des Verfahrens, besonders aber weil die mit Kakaobutter hergestellten medikamentösen Stäbchen zu leicht zerbrechlich, die mit Gelatine angefertigten nach kurzer Zeit unlöslich und daher unbrauchbar wurden.

Unter Anleitung des Herrn Dr. Landau, dem ich für die gütige Förderung, die er diesen Versuchen fortgesetzt hat zu Theil werden lassen, meinen ergebensten Dank ausspreche, erprobte ich in der Klinik ein Verfahren, das vor Allem wegen der großen Leichtigkeit und Einfachheit der Ausführung empfohlen zu werden verdient, das sich aber auch besonders vor den Injektionen dadurch auszeichnet, dass die Gefahren bei demselben geringer sind. Wir modificierten nämlich Antrophore, wie sie für die männliche Harnröhre

seit längerer Zeit sich bewährt haben, derartig, dass sie für die intrauterine Behandlung Verwendung finden konnten. Dieselben, die von Stephan in Dresden dargestellt werden, haben eine Länge von 10 cm, sie bestehen aus einem Metalldraht als Seele, der ihnen einen festen Halt giebt, durch Überkleiden desselben mit einer Spirale wird es aber ermöglicht, die Antrophore beliebig nach der Gestalt der Uterushöhle zu formen. Die Spirale ist, um jede Reizung der Schleimhaut zu vermeiden, mit einem unlöslichen Gelatineüberzug versehen, und erst über diesem ist eine das Medikament enthaltende leicht lösliche Gelatineschicht angebracht, welche sich in der Gebärmutterhöhle nach wenigen Minuten vollständig auflöst, und so das Medikament in gelöster Form auf die Uterusschleimhaut einwirken lässt.

Im rinnenförmigen oder auch im Bandl'schen röhrenförmigen Speculum werden — nachdem wir uns davon überzeugt haben, dass die Anhänge der Gebärmutter frei sind, — nach Desinfektion der Scheide und der Portio, diese Antrophore mittels einer Kornzange oder besser mittels eines nach Art des Simon'schen Nadelhalters konstruirten Stäbchenträgers, ohne den Cervikalkanal zu erweitern, wie eine Uterussonde in die Gebärmutter eingeführt, 10 Minuten liegen gelassen, und nach dieser Zeit wird die Spirale entfernt, von welcher das Medikament vollständig abgeschmolzen ist. Eine genau dosirte Menge des Medikaments wirkt bei dieser Art der Behandlung auf die Gebärmutterschleimhaut in ihrer ganzen Ausdehnung ein, im Gegensatz zu den Durchspülungen, bei welchen uns ein zuverlässiger Maßstab fehlt, über die Menge des Arzneistoffes, die zur Wirkung gelangt, über den Ort des Endometrium, der getroffen wird. Am besten haben sich bei fungöser Endometritis Antrophore mit Chlorzink (1%), Cuprum sulfuric. (0,3—1,0%), Resorcin 10%, Tannin 5—10%, und bei Endometritis gonorrhoica von Sublimat (0,1%), Kreosot (2%) und besonders von Sublimat 0,1% mit Chlorzink 1% bewährt. Da nach Chlorzink, Resorcin und Kreosot in der ersten Zeit nicht selten Uteruskoliken eintraten, so ließen wir die Antrophore mit einem Cocainüberzug versehen und erreichten dadurch, dass diese Methode in weitaus den meisten Fällen eine schmerzlose wurde. Ausführlicher werden wir über unsere Versuche in nächster Zeit berichten.

---

1) P. Steffeck (Würzburg). Zum Einfluss der syphilitischen Infektion während der Schwangerschaft.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVIII. No. 1.)

Bei der großen Meinungsverschiedenheit über die Frage, wie weit die Syphilis einer Gravida, die bei der Cohabitation gesund gewesen, im weiteren Verlauf der Gravidität aber specifisch inficirt wurde, im Stande ist, auf die Frucht überzugehen, verdient die Mittheilung S.'s aus der Würzburger Klinik besondere Beachtung. Während Winckel, P. Müller und Zweifel fast übereinstimmend der Ansicht sind,

dass eine Erkrankung des Fötus um so sicherer stattfinde, je früher die Gravida das syphilitische Virus in sich aufnimmt, hat es Schröder in Übereinstimmung mit den hervorragendsten Syphilidologen immer betont, dass eine Frau, welche bei der Konception gesund ist und erst später inficirt wird, stets gesunde Kinder gebären müsse, zu den allergrößten Seltenheiten gehöre das Gegentheil. Es ist schwer zu entscheiden, ob die beiden vorliegenden Beobachtungen die Regel der drei erstgenannten Autoren erhärten, oder zu den Seltenheiten Schröder's gehören, um so schwieriger, weil einerseits Viele den anamnestischen Angaben selbst der glaubwürdigsten Gravidae doch keinen absolut beweisenden Werth beilegen wollen, andererseits, wenn auch nicht wahrscheinlich, so doch nicht ausgeschlossen ist, dass Lues bei oder schon vor der Konception latent vorhanden war, was auch S. zugiebt, wenn er sagt: die Mütter waren zur Zeit der Konception gesund »so weit sich dies überhaupt feststellen lässt«. Als Ausnahmen sind die beiden Fälle auch desshalb anzusehen, weil die syphilitische Erkrankung der Placenten die nach den Untersuchungen von E. Fränkel und von Zilles über Placentarsyphilis der Regel nach sich nur auf den mütterlichen Theil erstreckt, beide Mal im Gegentheil nur den fötalen Theil betraf. Die syphilitische Infektion fand bei beiden Müttern übereinstimmend, angeblich erst im fünften Monat ihrer Schwangerschaft statt, die Niederkunft erfolgte in dem ersten Falle etwa 23 Tage vor dem normalen Ende der Schwangerschaft, im zweiten etwa 40 Tage zuvor. Mit der ungleich größeren Veränderung der Placenta in letzterem bringt es S. in Einklang, dass hier das Kind schon vor der Geburt abstarb, während es in ersterem noch lebend geboren wurde und erst kurz post partum starb. Der Werth der S.'schen Mittheilung liegt in der sehr genauen Beobachtung, die nichts mehr und nicht weniger beweisen will, als dass die Syphilis, etwa in der Mitte der Schwangerschaft der gesunden Mutter einverleibt, auf das Ei übergehen kann; dass dies Regel ist, wird man dann sicher sagen können, wenn erst eine größere Serie in gleicher Weise eklatanter und eben so sorgfältig beobachteter Fälle vorliegt.

K. Ruhemann (Berlin).

---

2) **Paul Rösger** (Halle). Über Bau und Entstehung des Myoma uteri.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVIII. No. 1.)

Virchow, dem wir die erste eingehende Darstellung über den Bau und die Entstehung der Myome verdanken, sieht das Uterusparenchym selbst, nicht die Muscularis der Uterinarterien als Ausgangspunkt der Neubildung an. Weitere Untersuchungen, selbst die von Winckel, Gusserow, Leopold und Cordes haben eigentlich nichts wirklich Positives mehr zu Tage befördert. Alle Autoren stellen jedwede gesetzmäßige Anordnung der Muskelfaserbündel in Ab-

rede. Eben diese Anordnung der Faserbündel und ihren Zusammenhang mit der umgebenden Uterussubstanz zu studiren, hat sich R. zur Aufgabe gemacht. Er fand, dass die dem Initialtypus des Myoms am nächsten stehende Form ausschließlich aus glatten Muskelzellen besteht. Alle mehr fibrösen Tumoren liegen innerhalb eines sehr konstanten Mantels hypertrophischer Uterusmuskulatur, mit dem sie durch lockeres Bindegewebe verbunden sind; so wird wiederholt hervorgehoben, dass kleinere Fibromyome nach Spaltung des Mantels aus demselben hervorspringen, wie eine gekochte Mandel aus ihrer Schale. R. glaubt, dass diese Emancipation des Tumors nicht primär ist, sondern sekundär zu Stande kommt durch veränderte Blutzufuhr; diese Veränderung werde verursacht durch die Expulsivbestrebungen, die der Uterus gegenüber der interstitiellen Neubildung entwickelt; diese führe zur Bildung des hypertrophischen »Mantels« und zur immer größeren Lockerung des Zusammenhangs zwischen Tumor und Mutterboden. In allen diesen Tumoren sieht R. schon ein vorgeschrittenes Stadium der Entwicklung, die Jugendform zeigen die rein muskulösen mit der Umgebung innig verbundenen Tumoren, bei denen die Uranlage noch nicht in ihrem Charakter durch spätere Einflüsse verwischt erscheint. Bei mikroskopischer Untersuchung ist in der eigentlichen Substanz des jungen Myoms entwickeltes Bindegewebe nicht vorhanden, wohl aber finden sich spärliche Bindegewebskörperchen in mäßigem Intervall zwischen den Spindelzellen. Das Bindegewebe, welches sich zwischen einzelnen, knolligen Konglomeraten von Myomen findet, entwickelt sich um Gefäße herum, deren Wand aus Intima media und Adventitia besteht; das aber sind die Arterien (resp. Venen), welche vom Uterus her in den Tumor eindringen, und von ihrer Adventitia stammt jenes Bindegewebe.

Ganz anders aber verhalten sich die Blutgefäße innerhalb des eigentlichen Myomknollens. Bei den kleinen Arterien eines jungen Myoms fehlt jede Spur von Adventitia, die Faserzüge des Myoms liegen der Media direkt an. Andererseits weist R. darauf hin, dass auch in der Adventitia normaler Uterinarterien spärliche, aber mit stärkerer Vergrößerung deutlich nachweisbare, der Längsachse des Gefäßes parallel gerichtete Muskelfaserbündel vorkommen. Außerdem finden sich die kleineren Arterien bei jungen Myomen entschieden zahlreicher in der Peripherie als im Centrum. Lawson Tait's Vermuthung, dass Myome eine Arteria centralis hätten, konnte R. nicht bestätigen. Auf Grund seiner eingehenden mikroskopischen Untersuchungen möchte R. die Überzeugung aussprechen, dass die erste Anlage des Myoms ausgeht von der Muskulatur kleinster Arterien des Uterus in Folge Wucherung der glatten Muskelzellen; er will es nicht entscheiden, ob die gesammte Muscularis einer Arterie in mächtige Wucherung geräth und ob sich etwa auch das Endothel durch Sprossen- und Kapillarenbildung an dem Tumorwachsthum betheiligt. Würde sich die Überzeugung R.'s durch fortgesetzte Untersuchung als richtig erweisen, so würden damit auch Winckel's An-

gaben über die Ätiologie der Myome ihre Bestätigung finden, der den Cirkulationsstörungen der Gebärmutter einen ganz hervorragenden Einfluss auf deren Bildung zuspricht. Damit würde sich dann auch die Thatsache erklären, dass Myome congenital nicht vorkommen und vor Eintritt der Menses äußerst selten sind. R. hat es weiter versucht, durch mikroskopische Verfolgung der histologischen Entwicklung des fötalen Uterus weitere Beweise für seine Annahme zu erbringen, ist aber bei der Schwierigkeit der entwicklungsgeschichtlichen Untersuchung nach dieser Seite an Embryomen von verschiedenen Thiergattungen zu einem abgeschlossenen Resultat nicht gelangt. Indes ergab der mikroskopische Befund an menschlichen Embryonen folgendes konstantes Verhalten von Gefäß- und Uterusmuskulatur. Der fötale Uterus zeigt im Gegensatz zum Uterus des erwachsenen Weibes keine lamellöse Struktur, er besteht gleichmäßig aus glatten embryonalen Muskelfasern. Im fünften bis siebenten Monat fehlen im embryonalen Uterus genau wie beim jungen Myom kleinere Arterien; nur die Art. uterina und ihre Theilungsachsen zweiten und dritten Grades zeigen eine Adventitia. Ein Uterus im neunten Fötalmonat zeigt sowohl mehr mit Adventitia versehene Arterien, wie eine Schichtung zu Faserbündeln, die sich systemlos verfilzen, wären weniger zahlreiche klaffende Venen vorhanden, so könnte man einen Uterus aus dieser Zeit mit einem jungen Myom identificiren. — Am Uterus des Neugeborenen sind kleinere Arterien vorhanden; die Uteruswand zeigt eine dreifache Theilung in zwei periphere mehr muskulöse Schichten und eine gefäßreichere centrale Schicht. **K. Ruhemann** (Berlin).

---

3) **Gray.** »Therapeutische« Stellung beim Coitus.

(New York med. journ. 1889. September 28. p. 362.)

In Fällen, in welchen durch entzündliche Vorgänge im Becken Schmerzen beim Coitus bedingt sind, falls er in der gewöhnlichen Stellung ausgeübt wird, empfiehlt G., dass die Frau die Sims'sche Lage einnehmen und der Mann sich von hinten nähern soll. **Lühe** (Demmin).

---

4) **M. Kortüm** (Schwerin). Ist das Creolin (Pearson) giftig?

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 4.)

K. verneint die oben gestellte Frage. Mit Recht erklärt er die Versuche, auf Grund deren man bisher die Giftigkeit des Creolins behauptet hat, für nicht beweiskräftig, da bei ihnen das Präparat dem Körper entweder in einer Weise oder einer Menge einverleibt wurde, wie dies zu Heilzwecken nie geschieht. Er selbst hat nach nunmehr 2jähriger, ausgedehnter Verwendung des Creolins im Schweriner Krankenhaus noch nie einen Fall von Vergiftung erlebt.

Graefe (Halle a/S.).

Kasuistik.

5) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

153. Sitzung am 6. März 1890.

Vorsitzender: Herr Grenser; Schriftführer: Herr Münchmeyer.

Herr Michelet hat seinen Austritt aus der Gesellschaft angemeldet.

I. Herr Rupprecht demonstrirt und bespricht:

1) Mehrere Zottenpolypen der Harnblase, die er durch Cystotomia suprapubica gewonnen hat; auch stellt er eine 64jährige Frau vor, aus deren Blase ein Theil der vorgezeigten Polypen vor Jahresfrist von ihm entnommen wurde. Der Vortragende sah in den letztverflossenen 3 Jahren 4 Kranke mit Zottenpolypen der Blase. Ein Fall betraf die vorgestellte Frau, drei Fälle waren Männer von 34, 56 und 64 Jahren. Sie sind sämmtlich in der unten mitzutheilenden Weise operirt. In allen Fällen saßen die Polypen im Blasengrunde und waren multipel (2—5 Stück in jeder Blase). Die Konsistenz der Geschwülste war weich, die Form gestielt, zottig; die Größe bohnen- bis walnuss- bis hühnereigroß. Mikroskopisch bestanden sie aus einem gefäßtragenden Bindegewebsbaume, dessen zahllose feine Äste mit großen, vielgestaltigen Epithelien mehrschichtig bedeckt waren. (Präparate werden demonstrirt.) Obwohl diese Geschwülste nach gründlicher und frühzeitiger Exstirpation im Allgemeinen weder recidiviren noch metastasiren, so sollen sie doch in Ausnahmefällen in Carcinom übergehen können. Jedenfalls führen diese an sich gutartigen Tumoren durch Blutung früher oder später zu hochgradiger Anämie und manchmal durch accidentelle Cystitis zu quälenden Tenesmen. Von den 4 Kranken des Vortragenden litt nur einer gleichzeitig an Cystitis. Alle waren hochgradig anämisch, von wachsbleicher Gesichtsfarbe. Das Hauptsymptom war die Hämaturie. Die bislang völlig gesunden Leute bemerkten eines Tages, dass sie schmerzlos mit ihrem Harn reichlich Blut entleerten. Nach einigen Jahren oder Monaten wiederholte sich dieser Vorgang, dann trat diese Hämaturie häufiger und häufiger auf, zuletzt wurde nur noch blutiger Harn entleert, und nun entschlossen sich die Betroffenen zur Operation. Vom ersten Blutharnen bis zur Operation waren in einem Falle 22, in einem 7, in zwei Fällen 2 Jahre verflossen. Ehe man sich zur Sectio alta entschließt, muss natürlich die Diagnose sichergestellt sein. Hämaturie allein beweist noch nicht die Anwesenheit eines Papilloms in der Blase. Eben so wenig der Abgang von Fetzen, die sich unter dem Mikroskop als aus großen Epithelien bestehend erweisen, weil solche auch von einem Carcinom der Blase oder der Niere herrühren können. In seinem ersten Falle (1886) sicherte sich der Vortr. die Diagnose durch die Digitalpalpation des Blaseninneren nach vorheriger Urethrotomie am Damme des betreffenden Mannes, in den letzten 3 Fällen (1889 und 1890) durch die Cystoskopie. Die Papillome erschienen in dem rothen Gesichtsfelde als eine grauweiße, zottige, langsam sich bewegende (flottirende) Masse (zum Unterschied von den Blasencarcinomen, welche als dunkle, flache, höckerige und unbewegliche Abschnitte des Gesichtsfeldes sich darstellten). Einmal sah der Vortr. deutlich einen dünnen Blutstrom aus einer Papillomzotte ausfließen.

Die Operation geschah in allen 4 Fällen (auch bei der Frau) oberhalb der Symphyse. Nachdem das Operationsfeld rasirt und desinficirt war, wurde das Becken hoch gelagert. Querschnitt durch die Haut. Quere Abtrennung der Recti dicht an den Schambeinen unter Schonung des Periosts und der Ligamenta rotunda resp. der Samenstränge. Stumpfe Bloßlegung der vorher gefüllten und durch Rectalschwämme resp. Assistentenfinger gehobenen Blase. Einlegen zweier Fadenschlingen in die Blase. Längsincision in die Blase zwischen beiden Schlingen. Anziehen der Tumoren mittels Zange. Tiefe Durchstechung des lang ausgezogenen Geschwulststieles mit Katgutdoppelfaden und Abbindung nach je zwei Seiten. Abtragung des Geschwulststieles dicht an den Fäden mit der gebogenen Schere. Hierbei wurde genau auf die Ureterenmündungen geachtet, die auf alle Fälle sorgfältig zu schonen sind. Man erkennt dieselben entweder ohne Weiteres oder nach einigem Warten an dem Harnaustritte. Die Trendelenburg'sche Becken-

hochlage erleichterte das Manipuliren in der Blase ganz außerordentlich. Die Nachbehandlung geschah in den ersten Fällen durch ein von der Wunde aus in die Blase geschobenes, dickes ⊥-Rohr bei Seitenlage der Kranken. Es trat aber in dem zweiten Falle eine Nachblutung ein. Desshalb wurde in dem 3. und 4. Falle nach sorgfältiger Katgutumstechung der Geschwulststiele die Blase sammt der Wunde mit Jodoformgaze ausgestopft. Der Tampon wurde etwa am 5. Tage entfernt und durch einen neuen täglich gewechselten Gazestreifen ersetzt, der lediglich die Wunde locker ausfüllte und in eine neben dem Kranken stehende Glasschale geführt wurde. Der außerhalb der Wunde befindliche Theil des Gazestreifens wurde mit Wachspapier umwickelt und leitete sämmtlichen Harn gut ab, so dass die Kranken trocken lagen und Rückenlage einnehmen konnten. Beim Verbandwechsel wurde täglich per urethram ein weicher Katheter eingeführt und durch ihn die Blase vorsichtig ausgespült. Ein Fall starb am 5. Tage an Pneumonie. Die übrigen 3 Fälle heilten fieberlos in 8—12 Wochen (1mal mit, 2mal ohne zurückbleibenden Blasenkatarrh). Die Hämaturie hörte auf, die Leute erholten sich rasch. Die Heilung dauert jetzt an: seit 6 Wochen, einem Jahre, 4 Jahren. Kein Fall behielt eine Fistel, keiner bekam bisher einen Bauchbruch oder einen Blasenstein.

Die Operation dieser Geschwülste gehört zu den dankbarsten und erfreulichsten Aufgaben der Chirurgie.

2) Der Vortr. theilt ferner kurz 2 Fälle mit, in denen bei bestehender Hämaturie sich gleichzeitig ein Nierentumor durch die Bauchdecken palpiren ließ.

In dem einen Falle (ältere Dame), in welchem der schmutzige, blutige Harn mit Epithelfetzen vermischt war, ergab die Digitaluntersuchung der Blase durch die Harnröhre einen flach höckrigen, ulcerirten Tumor, welcher im Blasengrunde saß, den linken Ureter verschloss und eine linksseitige Hydronephrose bedingte. Der Tod an den mehrfachen üblen Konsequenzen dieses Carcinoms der Blase erfolgte bald.

Der zweite Fall (ebenfalls ältere Dame) zeigte seit Jahren Abgang von zunehmenden Mengen hellrothen, geronnenen Blutes mit dem klaren Harn, ohne Beimengung von Epithelfetzen. Seit einiger Zeit hatte sich ein linksseitiger Nierentumor herausgestellt. Der Vortragende wurde desshalb aufgefordert, sich darüber zu äußern, ob eine Nephrektomie angezeigt sei. Eingedenk des vorigen Falles palpirte er vorher mit dem in Narkose durch die Harnröhre eingeführten Finger das Blaseninnere und stellte fest, dass die Blase gesund sei. Dabei konnte ein 10 cm langes Blutgerinnsel aus dem linken Ureter heraus und durch die Urethra mit dem Finger nach außen befördert werden, mehr zufällig, als absichtlich. Die Nephrektomie ergab einen malignen Tumor der linken Niere. Tod mehrere Wochen nach der glatten Operation an Endocarditis.

Diese beiden Fälle lehren, dass Hämaturie mit Anschwellung einer Niere eben sowohl bei Geschwülsten der Blase, als bei Geschwülsten der Niere sich vorfinden kann und dass man in solchen Fällen vor Feststellung eines eventuellen Operationsplanes niemals versäumen sollte, das Innere der Blase zu betasten oder besser zu beleuchten und zu besehen.

3) Bei einer 58jährigen Frau, welche 5mal geboren hatte, entfernte vor 5 Jahren der Vortr. einen Blasenstein von $2^1/_2$ cm Breite, $3^1/_2$ cm Länge, $6^1/_2$ cm Breitenumfang und 9 cm Längenumfang durch die Lithotomia vaginalis, nachdem Extraktionsversuche durch die erweiterte Harnröhre sich als erfolglos erwiesen hatten. Eine lange, starke, geknöpfte Hohlsonde von Stahl wurde durch die Urethra in die Blase geführt und markirte genau in der Mittellinie der vorderen Vaginalwand denjenigen Punkt, auf welchen bei gut dilatirter Scheide ein spitzes Messer eingestochen wurde. Durch Zurückziehen des Messers entstand in der Vesicovaginalwand ein 5 cm langer medianer Schnitt, aus welchem der Stein sofort herausfiel. Die Operation dauerte nur wenige Sekunden — abgesehen von der Wundnaht, welche mit Seide ausgeführt wurde und bei welcher die breiten Wundflächen sich gut an einander legten. Die Nachbehandlung bestand in mehrmals täg-

lich wiederholter Einführung des Katheters. Der Schnitt heilte per primam bis auf eine Harnfistel im unteren Wundwinkel, welche zuerst vergeblich gebrannt, dann erfolgreich angefrischt und durch 2 Nähte dauernd verschlossen wurde. Die Heilung nahm im Ganzen 8 Wochen in Anspruch.

Entsprechend der Seltenheit der Blasensteine bei Frauen hat der Vortr. bisher nur diesen einzigen Fall an einem Weibe operirt, wogegen er 15 Steinschnitte bei Männern und Knaben ausführte. Der Vortr. unterstützt die Forderung Winckel's (siehe Krankheiten der weiblichen Harnröhre und Blase), dass man Steine von über 3 cm Durchmesser nicht mehr durch die dilatirte Harnröhre des Weibes extrahiren solle. Ferner erinnert der Vortragende daran, dass Blasensteine intra partum in verschiedener Weise störend wirken können. Große Steine bilden ein Geburtshindernis, kleine führen zu Druckbrand der Blase und Bildung von Blasenscheidenfisteln. Eine Schwangere wäre daher auf alle Fälle baldigst von ihrem Blasenstein zu befreien. Bei Kreißenden mit Blasenstein kommen theils geburtshilfliche Operationen in Frage, theils der Steinschnitt intra partum, der wiederholt mit Glück ausgeführt wurde. (Vgl. die bezügliche Litteratur bei Winckel a. a. O.)

Der vorgelegte Blasenstein war ein Phosphatstein mit Uratkern. Derartige Kerne stammen nicht selten aus der Niere und es gelangen nach Entfernung eines größeren Blasensteines bisweilen immer neue Nierensteine nachträglich in die Blase, welche den Kern zu späteren erneuten Bildungen größerer Phosphatsteine innerhalb der Blase abgeben. Es empfiehlt sich daher nach der Entfernung solcher Blasensteine, den betreffenden Kranken alljährlich 1—2mal die Blase mit dem Bigelow'schen Evacuator auszupumpen, bis man sich überzeugt, dass neue Nierensteine nicht mehr herunterrücken (Schönborn). Eine Reihe kleiner Uratnierensteine, nach der operativen Entfernung größerer Phosphatblasensteine auf diese Weise nachträglich aus der Blase gewonnen, wird vorgelegt.

4) Bei einem $2^1/_2$jährigen Kinde (Rosenmüller, Diakonissenhaus, Dresden, Mai 1889) war in der rechten Bauchseite ein rasch wachsender Tumor bemerkt worden, welcher anscheinend retroperitoneal gelagert nach links bis über die Mittellinie hinausreichte, sich prall elastisch und höckerig anfühlte und bei der Probepunktion sich als solid herausstellte. Harnausscheidung normal. Nach Eröffnung des Bauches in der Mamillarlinie zeigte sich, dass die Geschwulst von der Niere ausging. Nach Spaltung des Peritonealüberzugs nach außen vom Colon ließ sich die Geschwulst leicht ausschälen und sammt der Niere entfernen. Die retroperitoneale Wunde wurde sich selbst überlassen und der Bauch ohne Drain geschlossen. Es trat Heilung ein, die noch jetzt, nach fast Jahresfrist, anhält. Die exstirpirte Niere wird vorgelegt. Ihre Substanz ist völlig intakt. Unter der Capsula albuginea der Niere liegt, scharf abgekapselt, ein rundlicher (in frischem Zustande kindskopfgroßer) Tumor, der auf dem frischen Durchschnitt wie ein Sarkom aussah. Die mikroskopische Untersuchung (Prof. Neelsen) ergab, dass der Tumor aus Nebennierengewebe besteht. (Ein mikroskopisches Präparat wird demonstrirt.) Man sieht zarte Schläuche, in denen große, blasse, feingranulirte Zellen liegen, ähnlich wie in der Henle'schen Abbildung normalen Nebennierengewebes aus der Rinde dieses Organs (siehe dessen Lehrbuch der Anatomie). Die Geschwulst ist demnach zu bezeichnen als ein Adenoma suprarenale renis. Der Vortr. bespricht kurz die Genese dieser ätiologisch höchst interessanten Nierengeschwülste aus abgesprengten Nebennierenresten nach Grawitz (vgl. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1884). Klinisch sollen diese Geschwülste im Allgemeinen gutartig sein, und der Vortr. wirft sogar die Frage auf, ob es nicht möglich sei, sie unter Umständen mit Erhaltung der Niere aus letzterer auszuschälen? Freilich kämen auch bösartige Formen vor.

5) Zum Schluss demonstrirt Herr Rupprecht das mikroskopische Präparat einer seltenen Krebsform, eines sogenannten Gallertgerüstkrebses. Die rundlichen Haufen kleiner Epithelzellen schwimmen stellenweise förmlich in einer durchsichtigen Gallerte (vgl. Abbildung bei Perls-Neelsen, allg. *Pathologie*, 1886, p. 322), welche durch myxomatöse Entartung des Stromas (nicht durch

Epithelzellen) entstanden ist. Die Prädilektionsstelle dieser
mma. Der Tumor, welchem das vorgelegte mikroskopische
aß im weichen Gaumen und ließ sich leicht ausschälen.
t man in der Praxis alle in der Brust jüngerer weiblicher
len Knoten, welche in der Substanz der Mamma ver-
) erscheinen, als Adenome, also als gutartige Geschwülste
Schonung der Mamma aus ihrem Lager heraus, während man
n (in der Mamma nicht verschieblichen) Knoten, namentlich
35 Jahre) als Carcinoma betrachtet und sammt der Mamma
der Erfahrung, welche der Vortr. bei der Operation des vor-
chte, vermuthet er, dass Gallertgerüstkrebse, die sich noch
Bösartigkeit auszeichnen sollen, auch in der Mamma Anfangs
chälbar sein können und räth, die »in der Mamma verschieb-
swegs immer für gutartige Adenome zu halten, mit ihrer
m Falle zu zögern und die nachträgliche mikroskopische
gnose wegen niemals zu verabsäumen.

d 1. Herr Münchmeyer fragt, ob der Vortr. nur in dem
e Blase nicht genäht habe, oder ob er überhaupt die Blasen-

t: Die Frage der Blasennaht sei noch eine offene, er mache
rage des Herrn Schramm, wie die Hämaturie beschaffen
t er: intermittirend.

nchmeyer glaubt, dass man bei bestehender Schwanger-
n die Blasensteine nach Erweiterung der Harnröhre, eventuell

it hat es ohne Erfolg versucht, doch glaubt er die Methode
hinstellen zu müssen, auch wäre es bei großen Steinen nicht

____ _____yer erinnert sich eines in Breslau operirten Falles, in welchem auf diese Weise 2 um eine Haarnadel gewachsene walnussgroße Phosphatsteine unschwer entfernt wurden.

Herr Grenser hält die Incision von der Scheide aus bei Kreißenden für sehr schwer, auch sei das Trauma, welches die gesetzte Wunde durch den abwärts drängenden Kopf erfahre, nicht unbedenklich.

ad 4. Herr Leonhardi fragt, ob und wie lange vor der Operation ein Wachsthum der Nierengeschwulst beobachtet wurde.

Herr Rupprecht: Die Geschwulst wurde zuerst $^1/_2$ Jahr vor der Operation bemerkt und wuchs von da an langsam und stetig.

II. Herr J. Schramm: über Tuboovarialcyste.

Herr J. Schramm bespricht nach Vorlegung des betreffenden Präparates einen zweiten Fall von Tuboovarialcyste, der dem ersten (cf. Sitzung vom 5. December 1889) sehr bald gefolgt sei. Der klinische und anatomische Befund entspricht völlig dem ersten Fall. Auch dieses Präparat entstammt einer gonorrhoischen Infektion, welche die jetzt 41 Jahre alte Pat. bei ihrer Verheirathung (1876) erlitten. Nachdem sie 5 Monate darauf abortirt hatte, stellten sich seit jener Zeit perimetritische Entzündungserscheinungen ein, die einen chronischen Charakter annahmen. Nächst den heftigen Rückenschmerzen koncentrirten sich die Schmerzen mehr und mehr auf die linke Seite. In den letzten Jahren erfolgten sehr reichliche periodische Abgänge von wässerigem, dunklem, manchmal übelriechendem Menstrualblut. Dem normal gelagerten Uterus dicht anliegend fand man linkerseits eine mannsfaustgroße Geschwulst, die nicht mit Sicherheit bestimmt werden konnte. Mit Rücksicht auf die Symptome des vorhergegangenen, sehr ähnlichen Falles wurde eine Komplikation von Ovarialcyste und Tubarhydrops mit einiger Wahrscheinlichkeit angenommen. Unter dem Einfluss eines Influenzaanfalles stellte sich ein entzündlicher Zustand der Geschwulst ein. Trotz des wochenlang andauernden Fiebers wurde am 5. Februar 1890 die Lapa-

rotomie ausgeführt. In Folge ausgedehnter perimetritischer Verwachsungen sehr mühsame und schwierige Ausschälung des Tumors, der sich als Tubo-ovarialcyste erwies. Glatter fieberloser Verlauf. Völlige Genesung drei Wochen nach der Laparotomie. Entlassung am 26. Februar 1890.

Nachdem Redner die herrschenden Hypothesen über die Pathogenese der Tuboovarialcyste eingehend epikritisch beleuchtet, weist er namentlich die Ansicht von Burnier als nicht haltbar zurück.

(Ausführliche Mittheilung beider Fälle im Archiv für Gynäkologie.)

III. Herr Münchmeyer: demonstrirt eine bei Gelegenheit einer Freund'schen Operation mit entfernte Tuboovarialcyste von über Kindskopfgröße.

154. Sitzung am 10. April 1890.

Vorsitzender: Herr Grenser; Schriftführer: Herr Münchmeyer.

Herr Brosin wird als Mitglied in die Gesellschaft aufgenommen.

Herr Münchmeyer demonstrirt und bespricht 2 durch vaginale Exstirpation wegen Totalprolaps entfernte Uteri, bei welchen sehr große Scheidenlappen mit entfernt wurden. Fieberlose Genesung.

Er demonstrirt ferner 2 große durch Laparotomie entfernte Cystocarcinome der Ovarien, beide stark verwachsen, das eine in Verjauchung begriffen. Beide Frauen genasen fieberlos.

155. Sitzung am 8. Mai 1890.

Vorsitzender: Herr Leopold; Schriftführer: Herr Kiessler.

I. Herr Pantzer: Über Wochenbetten bei innerlich nicht untersuchten und innerlich nicht ausgespülten Kreißenden. (Der Vortrag wird ausführlich im Archiv für Gynäkologie veröffentlicht.)

Herr Leopold giebt im Anschluss hieran einen kurzen Rückblick über die Wandlungen, welche die Antisepsis in der Geburtshilfe während der letzten Jahre in der Dresdner Klinik durchmachte.

II. Durchsicht der Satzungen.

III. Herr Leopold demonstrirt:

1) Einen durch die vaginale Totalexstirpation entfernten Uterus. Es handelte sich um einen totalen, irreponiblen Vorfall der Scheide und Gebärmutter bei einer 78jährigen Frau mit einem tiefen 5 Markstückgroßen Carcinomgeschwür in der Portio vaginalis. Totalexstirpation unter Anwendung der elastischen Umschnürung in gewöhnlicher Weise und mit Entfernung sehr großer Scheidenlappen. Vollkommen glatte Genesung.

2) Ein über mannskopfgroßes cystisches Myom, entfernt durch Myomotomie mit extraperitonealer Stielversorgung. Fieberloser Verlauf, Entlassung nach 4 Wochen.

3) Ein faustgroßes Dermoidkystom des rechten Ovarium mit mehrfacher Achsendrehung.

4) Tuben und Ovarien, wegen chronischer gonorrhoischer Veränderungen durch Laparotomie entfernt.

---

6) **Dirska** (Namslau). Zur Therapie der Post-partum-Blutungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 8.)

D. empfiehlt bei Post-partum-Blutungen des Uterus fest mit der einen Hand zu umfassen, mit der anderen nach Entfernung aller Blutgerinnsel 2—3 wallnussgroße Eisstücke in den Uterus und oberen Theil der Vagina zu bringen und sie dort einige Minuten zu erhalten. Der Uterus muss ca. $^1/_4$ Stunde komprimirt gehalten werden.

D. brachte auf diese Weise die Blutung immer sofort und dauernd zum Stehen. Von mehr als 30 Fällen centraler Placenta praevia verlor er keinen.

Graefe (Halle a/S.).

7) Walter Colman (Brighton). Über eine besondere Form puerperaler Eklampsie.

(Lancet 1889. September 28.)

Der Aufsatz bildet einen Beitrag zur Erklärung derjenigen Formen puerperaler Eklampsie, die unabhängig vom Eiweißgehalt des Urins durch plötzliche forcirte Dehnung der Cervix ausgelöst werden sollen.

Der erste Fall betrifft eine Ipara, bei der wegen Blutungen in der letzten Zeit der Schwangerschaft das Accouchement forcé eingeleitet wurde. Bei nach langer Verbreitung versuchter Durchführung der Hand durch die Cervix bekam die nicht narkotisirte Frau, Verblutung ausgeschlossen, urplötzlich einen tonischen Krampf und blieb todt trotz aller Wiederbelebungsversuche.

Im 2. Falle trat der Anfall ebenfalls bei einer Ipara bei ganz unverhofft raschem Durchtritte des Kopfes durch ein sehr starres Os ein. Genesung.

Fall 3 betrifft eine 10para und trat der eklamptische Anfall ein, als C. die Reste eines Abortiveies aus dem vierten Monate aus der starren Cervix, in der sie staken, manuell entfernen wollte. Mehrmals bis zum schließlichen Gelingen wiederholte Versuche lösten mit der Sicherheit eines Experimentes stets den gleichen Symptomenkomplex aus. Genesung. In Fall 2 und 3 kann C. für Fehlen von Eiweiß im Urin einstehen. Stockung der Cervix bei bestehender Anämie sieht er in allen 3 Fällen als Ursache der Anfälle an. Blutarmuth der Kreisenden (und die bei Schwangeren sehr starke Entwicklung des Frankenhäuser'schen Ganglions, Ref.) erleichtern Reflexe. Das alte Hebammensprüchlein, dass Gebärende, die erbrechen, gut gebären, erklärt C. so: dass hier die reflektorische Explosion im gastrischen Bezirke erfolge; das Erbrechen trete ja auch ein wenn der harte Kindskopf durch die Cervix gehe.

Die erste therapeutische Lehre Verf.s ist: nie ohne Chloroform, das souveräne Mittel bei solchen Krampfformen, das Gebärzimmer zu betreten, prophylaktisch etwa Bromkalium, Opiate, Chloral zu geben und bei der Geburt periphere Reize zu meiden: also nur bei dringendster Indikation die Zange und nur an den Kopf auf dem Beckenboden anzulegen. **Herdegen** (Stuttgart).

8) H. Claiborne (Petersburg U. S. A.). Über puerperale Eklampsie.

(Med. age 1889. No. 24.)

Nachdem C. die verschiedenen Hypothesen über die Ätiologie der Eklampsie kurz wiedergegeben, äußert er das Bedenken, dass man heut zu Tage die peripheren Reize hinsichtlich derselben zu wenig beachte. Auch bei der Eklampsia infantum sei der Ausgangspunkt der Störung selten in den nervösen Centren zu suchen, sondern anderwärts, z. B. im Zahnen, im Magen oder Darm. So sieht er auch in der puerperalen Eklampsie einen Vorgang, welcher durch periphere, den Uterus treffende Reize ausgelöst und dessen Zustandekommen durch die psychische und physische Erregung begünstigt wird, in welcher sich Schwangere bezw. Gebärende, besonders Primiparae oft befinden.

Prophylaktisch räth C. bei solchen Frauen, bei welchen die bekannten Erscheinungen den Ausbruch von Eklampsie befürchten lassen, Diät und Stuhlgang zu regeln. Bei mangelhafter Nierensekretion Kalium aceticum und Digitalis zu geben; bei Kopfweh und Schmerzen im Rücken und den Extremitäten 3- bis 4stündlich Antipyrin, oder bei reichlicher Urinausscheidung subkutan Morphium und Atropin. Von der Anwendung heißer Bäder erwähnt er nichts.

Für die Behandlung der zum Ausbruch gekommenen Eklampsie empfiehlt C. einen energischen Aderlass aufs wärmste, außerdem Chloralklystiere und Chloroformnarkose. **Graefe** (Halle a/S.).

9) Th. B. Hausen. Fiebertemperatur bei Gebärenden.

(Hosp. Tidende 3. R. Bd. VIII, No. 6 u. 7. 1890.)

Mittheilungen von dem Geburtsstifte zu Kopenhagen (Prof. Stadfeldt) über das Resultat von ca. 800 Temperaturmessungen (Rectum), die an einer Reihe Frauen ohne Auswahl in der Absicht vorgenommen wurden, um zu untersuchen, welche

prognostische Bedeutung und welchen Einfluss auf die Behandlung die Temperatur bei den Gebärenden hat.

Unter 362 Gebärenden fand sich bei 315 normale Temperatur, während dieselbe bei 47 38° oder darüber war; bei 7 der letzteren war das Fieber die Folge von Komplikationen, die mit der Geburt nichts zu thun hatten. Von den 315 mit normaler Temperatur, boten später 39 (12,4%) Symptome von puerperaler Infektion dar; von den 40 mit erhöhter Temperatur war dies dagegen der Fall mit 24 (60%). Die Prognose ist also bedeutend verschlimmert, wo während der Geburt Temperaturerhöhung stattfindet. Es konnte nicht nachgewiesen werden, in wie fern die Prognose vom Grad des Fiebers beeinflusst war, dagegen schien in dieser Beziehung die Dauer desselben nicht ohne Bedeutung.

Bei vorhandenen günstigen Bedingungen für die Entbindung will der Verf. desshalb baldmöglichst zu derselben schreiten, fordert aber jedoch die nöthige Rücksicht auf das Kind; falls sich vermuthen lässt, dass in der Kürze namentlich eine kräftige Wehenthätigkeit die Chancen für dasselbe verbessern wird, empfiehlt er Exspektation.

Bei 121 Frauen wurde die Temperatur nach der Geburt des Mutterkuchens gemessen. 98 zeigten normale Temperatur, 23 eine erhöhte; die puerperale Morbilität war in Betreff der ersteren 11,20% und der letzteren 56%. Die Prognose verschlimmert sich also bei der Temperaturerhöhung auch hier im hohen Grade, aber sogar bei recht bedeutendem Fieber ist sie so schlecht nicht wie Temesvary und Bächer behauptet haben. Die 2 Fälle, welche die höchste Temperatur auswiesen (38,7 und 39,1°) hatten ein vollständig glatt verlaufendes Puerperium.

Messungen im Puerperium konstatirten übrigens nur physiologisches Steigen und Fallen der Temperatur im Verlaufe der ersten 12 Stunden nach der Geburt.

Die Ursache der pathologischen Temperatursteigerungen während und nach der Geburt sucht der Verf., abgesehen von den einzelnen Fällen, wo dieselben den der Geburt unbeikommenden Komplikationen zu verdanken sind, ausschließlich in einer puerperalen Infektion von einem mehr oder weniger vorübergehenden Charakter und bestreitet die Vermuthung, dass andere Umstände, speciell die Geburtsarbeit und psychische Erregung, daran betheiligt sein sollten.

Launstein (Kopenhagen).

10) Th. B. Hausen. Die medikoforensische Bedeutung der puerperalen Eversion.

(Hosp. Tidende 3. R. Bd. VII. No. 43. 1889.)

In dem mit der Kopenhagener Gebäranstalt verknüpften Pflegestifte hat der Verf. die puerperale Eversion (durch Untersuchung mit Rohrspekulum künstlich hervorgerufen) bei 33 Frauen (21 Ip., 9 IIp., 3 IIIp.), welche nach einer normalen Geburt ein normales Puerperium durchgemacht hatten, untersucht, um deren medikoforensische Bedeutung zu bestimmen. In dieser Beziehung legt er besonders Gewicht auf die gradweise Verminderung der Eversion und die Veränderung, die mit der Oberfläche der Cervikalschleimhaut vorgeht, indem das gefurchte, gespaltene Aussehen derselben — welches er im Gegensatz zu Nieberding und Fischel als einen Ausdruck für das Falten der Schleimhaut ansieht — einem mehr glatten oder granulirten Aussehen Platz giebt. Der Farbenänderung der Eversion wird weniger Bedeutung beigelegt; sie ist außerordentlich wechselnd, und die Nüancen sind vorzüglich einer willkürlichen Beurtheilung unterworfen.

Wiederholte Untersuchungen mit Zwischenraum von einer Woche werden, wenn sie mit der 2. Woche nach einer rechtzeitigen oder beinahe rechtzeitigen Geburt ihren Anfang nehmen, dem Gerichtsarzte fast immer eine deutliche Antwort geben können; in der 3.—4. Woche wird dies meistens und noch in der 5.—6. Woche häufig der Fall sein.

Der Verf. hält die Sondenmessung für das beste und sicherste Mittel, um die Involution des Uterus nachzuweisen; unter gewissen Umständen aber wird die

Inspektion der Vaginalportion eine werthvolle Hilfe leisten können, wie z. B. bei Kontraindikationen für die Einführung der Sonde oder in Fällen, wo eine ungewöhnlich schnelle Verminderung des Organs im Ganzen stattgefunden hat; diese hält nämlich — wie schon früher von Anderen hervorgehoben wurde — nicht immer Schritt mit der Involution der Vaginalportion. **Launstein** (Kopenhagen).

11) **Fr. Levy. Obstetricische Kasuistik. (Fall von Sectio caesarea m. m.)**
(Hosp. Tidende 3. R. Bd. VII No. 48, 49, 52. 1889 und Bd. VIII No. 5. 1890.)

1) 32jährige, verehelichte Ipara, mittelhoch, kräftig gebaut, mit deutlicher Spur von Rachitis. 1. Geburt Oktober 1881, Schädellage, Kranioklast. 2. Geburt Januar 1883, part. praem. art. ungefähr in 34. Woche, spontane Geburt eines todtgeborenen macerirten Kindes. 3. Geburt Februar 1886, part. praemat. art. in 38. Woche, vergeblicher Zangenversuch, Kranioklast Sp. il. 25½ cm, Cr. il. 27½ cm, D. B. 19, Diagn. conj. 10, Conj. vera (gemessen bei der Sektion) 7½ cm.

Sie rechnete ihre Schwangerschaft von Juli 1888, merkte Leben in der 14. Woche im November. Das Befinden während der Schwangerschaft gut.

Den 26. März 1889 ging das Wasser sickernd ab; den 27. fingen die Wehen an; Nachts zwischen dem 27. und 28. Sectio caesarea. In den 4 vorhergegangenen Tagen hatte sie Morgens und Abends Vaginalausspülungen mit 2%igem Karbolwasser bekommen und Nachts einen Umschlag von einer ähnlichen Lösung auf dem Unterleibe gehabt. Während der Operation wurde Karbolwasser für die Instrumente angewendet, sonst Sublimatwasser.

Die objektive Untersuchung kurz vor der Operation zeigte das Orificium durchgängig für einen Finger: der Fötus in Schädellage mit beweglichem Kopfe; Herzschlag deutlich, wenn auch weniger kräftig als früher. Pat. etwas heiß und agitirt. Temp. 38,4°.

Unter Chloroform- und später Äthernarkose wurde die Operation ohne Schwierigkeiten ausgeführt. Die Blutung sehr mäßig, obgleich die Placenta an der vorderen Wand saß und beim Schnitte getroffen wurde. Die Uteruswunde wurde durch tiefe, so wie durch oberflächliche (sero-seröse) Chromkatgutsuturen vereinigt. Zur Bauchwunde wurde Seide angewendet. Die Dauer der Operation 1 Stunde 20 Minuten. — Das Kind war tief asphyktisch, wurde aber durch beharrliche Belebungsversuche nach 10 Minuten zum kräftigen Schreien gebracht. Pat., welche gleich nach der Operation angegriffen war, als man nach dem wenig beschwerlichen Eingreifen zu erwarten Grund hatte, erholte sich gut nach Incitantia, verfiel aber bald wieder in einen unruhigen, leicht febricitirenden Zustand (Temp. 38,4°) mit schnellem und kleinem Puls, starken Schweiß und etwas Durst, wozu sich später meteoristische Anspannung des Unterleibes und Oppressionsempfindung gesellte, welche durch Ventrikelausspülung und Rectalröhre nicht gelindert wurde. Spontan und mittels Katheter wurde ca. 225 ccm Urin von dunkler, grünlicher Farbe entleert.

Zunehmender Collaps. Tod ca. 24 Stunden p. p. — Die Sektion (Dr. A. F. Rasmussen) zeigte starke Ausdehnung der Dünndarmwindungen, keine Zeichen von Ileus, Blutung oder Sepsis.

Die Nieren entkapselten sich auffallend leicht, hervortretende Stellulae Verheynii, die Schnittfläche blutig, das Gewebe ziemlich fest. Glomeruli nicht besonders stark hervortretend, Federbuschzeichnung der Basis der Pyramiden, einzelne Ecchymosen in der Schleimhaut der Pelvis. Mikroskopisch sieht man die Gefäße stark blutgefüllt, das Epithel in tubuli contorti kaum geschwollen, nicht Sitz für parenchymatöse Degeneration.

Aus diesem Sektionsresultat, aus dem ganzen Zustande während und nach der Geburt, aus der eigenthümlichen Farbe des Urins und aus einer gelegentlich früher nachgewiesenen starken Empfänglichkeit bei Pat. für Karbol, schließt der Verf., dass Intoxikation mit diesem Stoff Causa mortis gewesen sei.

2) C., 35 Jahre, verheirathet, Ipara, außerordentlich korpulent (Körpergewicht 125 kg), kolossale Ödeme der Unterextremitäten und der Bauchwand, bedeutende Molimina graviditatis.

Rechtzeitige Geburt, die den 12. September 1889 mit sickerndem Abgang des Wassers anfing, während die Wehenwirksamkeit erst am folgenden Tage zunahm. Schädellage, Rigidität von Collum, Vaginaldusche. Außerordentlich protrahirter Geburtsverlauf komplicirt mit Übelkeit und Erbrechen sammt dyspnoischen Anfällen mit Ohnmacht. Den 20. September Orif. 1″, Fötus todt, in Schädellage mit hochstehendem, beweglichem Kopfe, fötider Ausfluss, Temperatur 39°, wiederholtes Frösteln und Oppressionsanfälle. Nach digitaler Dilatation des Orif. wurde der Kopf perforirt und der Kranioklast angelegt, als dieser abglitt, wurde Dekapitation vorgenommen; ein Arm wurde hervorgeleitet und exartikulirt; schließlich wurde der andere Arm hinabgeleitet und das Hervorziehen vollendet. Außer bei der Rigidität wurde das Hervorziehen durch Deformität des Arcus infra pubem, welche sehr spitzwinklig war, erschwert.

Das Kind macerirt, groß (4 à 4½ kg). — Höchste Temperatur im Puerperium 38,2°. Durst, Erbrechen, Oppressionsempfindung. Am 3. Tage Tod unter einem heftigen Anfall von Dyspnoe. Causa mortis: Embolia art. polm. Keine Sektion.

3) Frau B., 24 Jahre, klein, robust. Allgemein verengtes, plattes rachitisches Becken. Conj. vera 8 cm. 1. Geburt Zange, todtes Kind. 2. Geburt Wendung und Hervorziehung, todtes Kind. 3. Geburt Perforation. 4. Geburt Part. praem. art. in 33.—34. Woche. Vaginaldusche, Kolpeurynter, Bougie. Nach Verlauf von ca. 7 Tagen Geburt b. d. Natur eines lebenden Mädchens, 42 cm, 1800 g. Diam. transv. post. 8 cm, Diam transv. ant. 6½ cm. Puerp. normal. 5. Geburt Partus praem. art. in 34.—36. Woche. Vaginaldusche und Laminariastift (in einem mit Wasser halbgefüllten Condom, der mittels eines Kolpeurynters auf seinem Platze gehalten wurde). Nach Verlauf von ca. 48 Stunden Geburt b. d. Natur eines lebenden Mädchens, 46 cm, 2500 g. Puerp. normal.

4 a) VIIIpara, rechtzeitige, leichte Geburt b. d. Natur, Retentio placentae und Metrorrhagie, manuelle Lösung, Atonia uteri. Da Pat. in extremis war: intra-uterine Jodoformgazetamponade mit ausgezeichneter Wirkung. Pat. verließ das Bett am 14. Tage p. p.

b) IIIpara, Abort im 5.—6. Monat nach einem Falle, Retention der Placenta, welche mittels Crede's Handgriff entfernt wurde, Atonia uteri. Nachdem andere Mittel vergeblich versucht waren, intra-uterine Jodoformgazetamponade und Schabsuppositorien mit guter Wirkung. Sehr heftige Nachwehen. Puerp. normal.

5) 35jährige VIpara; bei mehreren der vorhergehenden Geburten ernstliche Komplikationen. Keine deutliche Beckenverengerung, aber große Kinder bezw. großer, hängender Unterleib. Rechtzeitige Geburt; Prolapsus funiculi bei kleinem Orif.; Kopf in der rechten Fossa iliaca. Repositio funiculi, Fixation des Kopfes in Apertura sup. pelvis. Ca. 2 Stunden später wieder Vorfall der Nabelschnur mit schwächerer Pulsation, wesshalb Wendung, obgleich noch ein breites, resistentes Gebräme rings um Orif. Beschwerliches Hervorziehen, Schwierigkeit bei Extraktion des Kopfes durch das stark zusammengeschnürte Orif., wesshalb die Entbindung mittels der Zange vollendet wurde. Das Kind, ein Knabe von 4 kg, war tief asphyktisch, wurde aber belebt. Nach der Geburt Blutung aus einer tiefen Cervixruptur, die mit Juniperuskatgut vereinigt wurde. Puerp. normal.

Launstein (Kopenhagen).

12) E. Ingerslev. Part. praemat. artif., besonders mit Rücksicht auf Beckenverengerung (sammt Nephritis).

(Gynäkol. og obstetr. Meddel. Bd. VII. Hft. 3. 1889.)

Der Verf. erörtert die Berechtigung des Part. praem. art. bei anwesender Beckenverengerung und bei anwesender Beckenverengerung und bei eintretenden gefahrdrohenden Fällen (Nephritis).

In Betreff der ersten Frage opponirt er gegen die namentlich von Spiegelberg geäußerte Verdammung der Operation bei geringerem Grade von Verengerung und stützt sich in dieser Beziehung auf eine Reihe Fälle, die in privater Praxis ausgeführt sind. Das auf diese Weise gesammelte Material ist zwar sehr

bescheiden, hat aber als Ersatz den von Stadfeldt hervorgehobenen Vortheil, dass es Beobachtungen vom Geburtsverlaufe durch dasselbe Becken umfasst, theils rechtzeitige, theils vorzeitig eingeleitete, größtentheils von demselben Geburtshelfer nach derselben Methode geleitet. Der Verf. hofft zugleich durch Mittheilung dieser Fälle, welche namentlich aus Arbeiterwohnungen stammen, die z. B. von London aufgestellte Anschauung zu widerlegen, dass das Eingreifen eine Schuloperation ist, die sich für die Privatpraxis nicht eignet.

No. 1. Platt verengtes Becken. Conj. vera 8,5 cm. 5 Geburten; 3mal Part. praem. art.

No. 2. Allgemein verengtes, plattes, rachitisches Becken. Conj. vera kaum 8 cm. 4 Geburten; 3mal Part. praem. art.

No. 3. Platt verengtes Becken. Conj. vera 8,5—9 cm. Große Kinder. 8 Geburten; 2mal Part. praem. art.

No. 4. Ankylotisches, schräg verengtes Becken. 5 Geburten; 3mal Part. praem. art.

Von den 11 Fällen von Part. praem. art. leitete der Verf. den 10. Das Resultat war, dass sämmtliche Mütter unbeschädigt vom Eingriff kamen, ausgenommen dass die Puerperien 2mal mit Parametritis komplicirt waren.

In Betreff der Kinder geht das Resultat aus untenstehender Tabelle hervor, welche eine Übersicht über sämmtliche Geburten durch die 4 engen Becken giebt:

No.	Anzahl der Geburten	Rechtzeitige Geburten		Künstlich eingeleitete Geburten.		
		Das Kind lebend	Das Kind todt	Das Kind lebend	Das Kind todt	Das Kind nicht lebensfähig
1	5	1	1	1	—	2
2	4	—	1	2	—	2 (Zwillinge)
3	8	1	5	1	—	1
4	5	—	2	3	—	—
	22	2	9	7	—	5

Im Ganzen also 22 Geburten, wovon die Hälfte rechtzeitig, die Hälfte vorzeitig eingeleitet. Von der ersten Gruppe lebten nur zwei Kinder, während 9 todtgeboren waren oder kurz nach der Geburt starben; von der letzten wurden 7 am Leben erhalten, 5 wurden lebensschwach oder nicht lebensfähig geboren, 1mal zufolge fehlerhafter Diagnose (Zwillingsschwangerschaft — Hydraminon), 1mal zufolge unrichtiger Schwangerschaftsberechnung (8 Wochen zu früh, der Rest 4—5 Wochen zu früh) und 2 sind muthmaßlich hauptsächlich zufolge mangelhafter Behandlung der Asphyxie, die leider der Hebamme überlassen werden musste, zu Grunde gegangen.

Extraktion wurde am 2. Zwilling und Wendung an dem 8 Wochen zu früh geborenen Kinde vorgenommen; die übrigen 10 wurden b. d. Natur in Schädellage geboren.

Mit Rücksicht auf die Ausführung wurde in allen Fällen dieselbe Methode angewendet: während 4—5 Tagen heiße Vaginalduschen, die Pat. selbst 5—6mal täglich regelte, und darauf Einlegung der Bougie, die bei träger Wehenwirksamkeit bis 4mal wiederholt wurde. Die Zeit zwischen der Einlegung der Bougie und dem Abschluss der Geburt variirte zwischen 8 Stunden und 5 Tagen.

In mehreren Fällen fand beim Einlegen der Bougie etwas Blutung statt, welche nur in einem Falle so reichlich war, dass das Allgemeinbefinden beeinflusst wurde. Der Verf. übersieht die Gefahren nicht, welche damit verbunden sind, namentlich wenn die Placentarstelle getroffen wird, hält dieselben aber für so gefährlich nicht, dass sie den Eingriff kontraindiciren können. Zur Desinfektion der Vagina wurde nur Ausspülung mit 2%igem Karbolwasser gebraucht.

Von gefahrdrohenden Komplikationen, die Part. praem. art. indiciren können, erörtert der Verf. die Nephritis eingehender. Am klarsten tritt die Indi-

kation hervor, wo Nephritis Anleitung zu sehr verbreiteten Ödemen giebt, und besonders, wo sich zugleich Transsudat in den serösen Höhlungen findet; auch bei drohender Eklampsie war die Berechtigung der Indikation längst anerkannt. Dagegen ist der Nachweis von Nephritis an und für sich während der Schwangerschaft kaum je hinlänglicher Grund zu Part. praem. art. oder eventuell Abortus provocatus, obgleich es notorisch ist, dass die Nephritis nach der Geburt oft einen mehr oder weniger chronischen Verlauf annimmt. Einerseits hat man Schwierigkeit zwischen einer präexistirenden Nephritis aus anderen Ursachen und einer gemeinen Schwangerschaftsnephritis klinisch zu scheiden, andererseits kann man im einzelnen Falle weder den Verlauf der eigentlichen Schwangerschaftsnephritis nach Abbruch der Schwangerschaft voraussagen oder den Einfluss welchen die Schwangerschaft auf einer schon bestehenden Nierenaffektion haben wird, bestimmt angeben, welches der Verf. durch Beispiele näher erläutert.

Eine eigenthümliche Indikation zu Part. praem. art. sah der Verf. einmal bei der Anwesenheit einer bedeutenden Hämaturie, begleitet von reichlicher Diurese, welche im 8. Monat bei einer früher gesunden VIIIGravida auftrat, nachdem während 6 Wochen Symptome von drohender Eklampsie vorhanden waren (spärliche Diurese, Albuminurie, Kopfweh, Retinitis alb. dupl. etc.). 1 Stunde nach der Geburt eines lebensschwachen, schlecht entwickelten Kindes heftige Unruhe und Verwirrung, die von einem tiefen Collaps abgelöst wurde, wovon Pat. sich jedoch nach Stimulantia erholte. Das Puerperium war mit einer leichten Endometritis komplicirt. Die Retinitis war noch 1 Monat p. p. anwesend. Der erste nach der Geburt gelassene Urin war von heller, gelblicher Farbe, die sich später hielt; die Albuminurie nahm allmählich ab, verschwand aber erst ganz $^1/_2$ Jahr p. p.

Betreffs der Zweckmäßigkeit von Part. praem. art. bei Nephritis mit Rücksicht auf das Kind stellt der Verf. sich sehr skeptisch und ist der Meinung, dass die Operation jedenfalls auf Fälle beschränkt werden muss, wo wiederholte Todtgeburten stattgefunden haben, wo Placentae die eigenthümlichen Veränderungen zeigten, die in Verbindung mit Nierenaffektionen und dem Tode des Kindes gesetzt werden, und wo Syphilis ausgeschlossen werden kann.

Launstein (Kopenhagen).

13) **Waldy** (Catterick Yorks.). Vereiterte Netzcyste, Bauchschnitt, Genesung.

(Lancet 1889. September 28.)

Ein 8jähriges Mädchen litt seit 2 Jahren an stetig zunehmenden, von Nahrungsaufnahme unabhängigen, nie zu Erbrechen führenden, in den Unterleib verlegten Schmerzanfällen. Peripherie des letzteren über Nabel 60 cm. Ein beweglicher, fluktuirender Tumor zu palpiren, der sich nach Eröffnung der Bauchhöhle in der Linea alba als eine einfächerige, kindskopfgroße, ziemlich dickwandige, eiterhaltige, mit der vorderen Bauchwand, den Därmen und der Leber fest verwachsene Netzcyste darstellte. Nur vom Colon descendens gelang die Lösung nicht vollständig. Dasselbe riss ein, Verschluss mit Lembert's Naht. Unterbindung des sehr breiten aus Netz bestehenden Stieles mit Katgut in verschiedenen Portionen. Zur Toilette einfach gekochtes Wasser, Drain in Becken, Jodoformwolleverband. Am 2. Tage Entfernung des Drains, am 4. Stuhl spontan, Wunde verheilt. Diät in den ersten 24 Stunden nur laues Wasser, bis zu Ende der ersten Woche Fleischthee und Milch.

Herdegen (Stuttgart).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

BOSTON MEDICAL
SEP 3 1890
LIBRARY

Centralblatt für GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 34. Sonnabend, den 23. August. 1890.

Inhalt: I. **A. Lesser**, Statistisches zur Beurtheilung der Stichhaltigkeit der Lungen- und der Magen-Darm-Probe. — II. **R. Teuffel**, Zur Kasuistik der Scheidenverletzungen. (Original-Mittheilungen.)

1) **Dixon Jones**, Endotheliom der Ovarien. — 2) **Wilson**, Laparotomie. — 3) **Van der Veer**, Nichterkannte Schwangerschaft. — 4) **Heime**, Histologie des Uterus.

Geburtshilfliche Gesellschaften zu: 5) Hamburg, 6) Leipzig. — 7) **Hochstetter**, Extrauterin-Gravidität. — 8) **Boerner**, Totalexstirpation. — 9) **Blank**, Eklampsie. — 10) **Braun**, Inversion. — 11) **Herman** und **Goullet**, Streckung des Fötus.

I. Statistisches zur Beurtheilung der Stichhaltigkeit der Lungen- und der Magen-Darm-Probe.

Von

Prof. **A. Lesser** in Breslau.

Die Bedingungen, unter denen die Lungen und der Digestionstractus lufthaltig werden und die aufgenommene Luft abgeben, sind in den letzten Jahren wiederum mehrfach Gegenstand ausführlicher Untersuchungen gewesen. Die Angaben darüber, wie oft diese Bedingungen während oder bald nach der Geburt sich erfüllen, wie oft der eine oder der andere Befund der Respirations- bezw. Verdauungsorgane bei den menschlichen Neugeborenen anzutreffen, erscheinen mir nicht so zahlreich, um den Werth jedes einzelnen Phänomens für die gerichtsärztliche Praxis exakt abschätzen zu können.

Durch die Güte des Herrn Geheimrath Fritsch und das freundliche Eingehen seiner Herren Assistenten auf meine Bestrebungen ist es mir möglich gewesen, in den letzten Jahren eine nicht ganz unerhebliche Zahl von Leichen Neugeborener zu untersuchen, deren Geburts- etc. Geschichte genau bekannt war. Ich gebe in Folgendem eine Zusammenstellung der Lungen- und der Magen-Darm-Befunde, die auf die beiden »Lebensproben« Bezug haben; ich schließe daran die Mittheilung der entsprechenden Verhältnisse bei den von

mir im gerichtlichen Auftrage Secirten, welche faulige Veränderungen in störender und das Urtheil trübender Intensität nicht darboten.

Klinische Fälle.

I. Lungen, Magen, Darm luftleer.

A. Todtgeborene: 69 Fälle.

1) 67 Fälle ohne Wiederbelebungsversuche:

a) 17 Fälle: todt vor geburtshilflicher Untersuchung:
3mal 40—45, 3mal 45—50, 9mal 50—55, 2mal 55—60 cm lang.
8mal todt durch Druck auf vorgefallene Nabelschnur.
7mal » » Störung des Placentarkreislaufes in Folge zu langer Geburt.
2mal » » vorzeitige Lösung der Placenta praevia.
11mal meconhaltiges Material
4mal Fruchtwasser und Schleim
1mal Schleim
1mal Schleim, Fruchtwasser, Blut
} eingeathmet bezw. verschluckt.
15mal Fremdkörper in Luftwegen übereinstimmend mit denen des Verdauungskanals.
1mal in Luftwegen Blut, Fruchtwasser, Schleim; im Magen Schleim (43 cm lang).
1mal in Luftwegen Meconium, Schleim; im Magen Schleim (51 cm lang).
2mal Rachen, 4mal Kehlkopf, 1mal Luftröhre, 0mal Bronchien leer.
3mal Aspirirtes im Lungenparenchym makroskopisch nachweisbar.
12mal Speiseröhre leer.

b) 19 Fälle: todt ohne geburtshilflichen Eingriff:
2mal 25—30, 4mal 40—45, 5mal 45—50, 7mal 50—55, 1mal 55—60 cm lang.
17mal todt in Folge unkomplicirter Störung des Placentarkreislaufes,
2mal intrakranielle Blutung.
8mal meconhaltiges Material
7mal Fruchtwasser + Schleim oder Schleim
} eingeathmet bez. verschluckt.
1mal Luftwege frei, im Rachen und Magen blutiger Schleim (30 cm lang).
3mal keine Zeichen von Athmen noch Schlucken inter partum.
1mal 25 cm lang, Hinterhauptslage.
1mal 43 » » Gesichtslage.
1mal 41 » » Steißlage, Lues, Hydrops univers. etc.
13mal Fremdkörper in Luftwegen übereinstimmend mit denen im Verdauungskanal.
1mal in Luftwegen graue dünnflüssige Masse, im Magen zäher Schleim.
1mal in » Schleim und Fruchtwasser, im » und im Rachen meconhaltiges Material.
5mal Rachen, 9mal Kehlkopf, 4mal Luftröhre, 3mal Bronchien leer.
3mal Aspirirtes im Lungenparenchym makroskopisch nachweisbar.
14mal Speiseröhre leer.

c) 31 Fälle: todt nach Beginn des geburtshilflichen Eingriffs:
3mal 25—30, 2mal 30—35, 3mal 35—40, 2mal 40—45, 12mal 45—50, 6mal 50—55, 3mal 55—60 cm lang.
6mal Extraktion, 11mal Wendung und Extraktion, 12mal Wendung, Extraktion, Perforation des Kopfes, 1mal Perforation des Kopfes und Extraktion, 1mal Extraktion und Perforation der Bauchdecken.
13mal todt in Folge unkomplicirter Störung des Placentarkreislaufes.
2mal intrakranielle Blutung und intra-uterines Athmen und Schlucken.
3mal » » » » » » Anämie.
10mal Anämie und intra-uterines Athmen.
3mal »

Zeichen intra-uteriner Asphyxie (33 cm lang).
» » » nebst Verletzung der Medulla ongata (49 cm lang).
eichen intra-uteriner Athmung trotz Verschlucken von Fremdrpern inter partum (30 cm lang).

haltiges Material
and Schleim
m und Fruchtwasser
m
m, Blut, Fruchtwasser
m, Creolinlösung (mit Creolin r d. Scheide ausgespült worden)
twasser
} eingeathmet bezw. verschluckt.

Zeichen von Athmen noch Schlucken inter partum.

m lang.
m lang, Verletzung der Medulla oblongata bei Perforation.
m lang, intrakranielle Blutungen.
m lang, » » , Gesichtslage.

Zeichen von Athmen inter partum.
m lang, im Rachen, Speiseröhre, Magen blutiger Schleim, ermeningeale Blutung.
cm lang, Schleim + Fruchtwasser im Rachen; Perforation reh Occiput.
lkörper in Luftwegen übereinstimmend mit denen im Verauungskanal.
twegen Blut, Schleim, Fruchtwasser; im Rachen und Magen hleim und Fruchtwasser.
twegen Schleim, Fruchtwasser; im Magen Blut, Schleim.
» u. Rachen creolinhaltige Massen; im Magen creolinfreie.
hen, Larynx, Trachea, Ösophagus blutiger Schleim; in Ma- n und Bronchien Schleim.
hen meconhaltige, in Luftwegen u. Magen meconfreie Massen.
en, 14mal Kehlkopf, 7mal Luftröhre, 6mal Bronchien leer.
irirtes im Lungenparenchym makroskopisch wahrnehmbar nal Creolin).
eröhre leer.

derbelebungsversuchen.
1mal Fußlage, 47 und 47½ cm lang.
ungen; 1mal meconhaltige Material, 1mal Schleim in Luftgen und Magen.

B. Sterbend Geborene: 6 Fälle.

Wiederbelebungsversuche:

Extraktion, 44 cm lang; 1mal Perforation des Kopfes, Extraktion, Würgen, 50 cm lang; 1mal Geburt in Eihäuten, Sprenng derselben nach ½ Stunde, 35 cm lang; 1mal Hinterhauptsge, II Zwilling, 43 cm lang.

n (44 cm) + Blut } eingeathmet und verschluckt.

Zeichen von Athmen noch Schlucken inter partum (35 u. 43 cm).
ge Anzahl Schultze'scher Schwingungen (gegen 10).
ge, Zange, 52 cm; sehr viel meconhaltiges Material in Luftgen und Verdauungskanal.
Extraktion, 41 cm; intrakranielle Blutung, Schleim in Luftgen und Verdauungskanal.

II. Lungen lufthaltig. Magen und Darm luftleer.

A. Todtgeborene: 18 Fälle.

1) 11 Fälle ohne Wiederbelebungsversuche.
9mal 48—55, 2mal 55—60 cm lang.

a) 3 Fälle: todt nach Untersuchung, vor Beginn der geburtshilfl. Operation:
2mal Schädellage, Nabelschnurvorfall, Tod, Wendung, Extraktion.
1mal Schädellage, Tod, Zange, Perforation.

b) 8 Fälle: todt nach Beginn der geburtshilflichen Operation:
1mal Zange, Perforation des Kopfes intra vitam.
2mal Wendung, Extraktion, Perforation des Kopfes intra vitam.
2mal » Tod, Extraktion.
3mal » » während Extraktion.
6mal tödliche Störung des Placentarkreislaufes.
3mal Tod durch Anämie und Hirnläsion.
2mal » » »
3mal meconhaltige Massen
2mal Schleim und Fruchtwasser
2mal » Fruchtwasser, Blut
1mal »
1mal » und Creolin
} aspirirt bezw. verschluckt.
2mal (Schädellagen) keine Zeichen von Athmen noch Schlucken inter partum.
7mal Fremdkörper in Luftwegen übereinstimmend mit denen im Verdauungskanal.
1mal in Luftwegen creolinhaltiges, im Magen creolinfreies Material.
1mal in Luftwegen Schleim, Blut, Fruchtwasser; im Magen Schleim, Fruchtwasser.
6mal Rachen, 8mal Kehlkopf, 3mal Luftröhre, 3mal Bronchien leer.
3mal in Lungen Aspirirtes makroskopisch wahrnehmbar.
11mal Ösophagus leer.

2) 7 Fälle mit Wiederbelebungsversuchen, Tod nach Beginn der geburtshilflichen Operation.
3mal 48—50, 4mal 50—57 cm lang.
4mal meconhaltige Massen
1mal Schleim, Blut, Kindspech
} eingeathmet bezw. verschluckt.
2mal keine Zeichen von Athmen noch Schlucken inter partum.
1mal Querlage, Wendung, Extraktion.
1mal Schädellage, Insertio velamentosa, Zerreißen eines Gefäßes, erhebliche Anämie des Kindes.
2mal Rachen, 5mal Kehlkopf, 5mal Luftröhre, 2mal Bronchien, 5mal Ösophagus leer.

B. Sterbend Geborene: 13 Fälle.

1) 6 Fälle ohne Wiederbelebungsversuche.
2mal Schädellage, spontan geboren, 39 und 55 cm lang.
2mal » Perforation, Ertränken in Creolin-Sublimat-Blutlösung, 50 cm.
1mal Gesichtslage, » 51 cm lang.
1mal Querlage, Wendung, Extraktion, Placenta praevia lat., 32 cm lang.
1mal meconhaltige Massen
2mal Blut, Creolin, Sublimat
1mal Fruchtwasser u. Schleim
} aspirirt bezw. verschluckt.
2mal keine Zeichen von Athmen noch Schlucken inter partum, 39 und 32 cm lang.
4mal Fremdkörper in Luftwegen übereinstimmend mit denen im Verdauungskanal.
3mal Rachen, 3mal Kehlkopf, 2mal Luftröhre, 2mal Bronchien leer.

2) 7 Fälle mit Wiederbelebungsversuchen.
1mal 45, 6mal 50—58 cm lang.

'orfall des Knies, Extraktion, intrakranielle Blutung.
nal Wendung und Extraktion, 1mal Zange, Druck auf
ıngene Nabelschnur.
ıdung, Extraktion.
:twege frei, im Magen keine Spuren von Schlucken inter

es Material
ronchien nur Schleim) } geathmet bezw. verschluckt.

1mal Larynx frei.

ıfthaltig, Lungen und Darm luftleer.

. Todtgeborene: 3 Fälle.

derbelebungsversuche.

e.

Luftwegen säher Schleim und Fruchtwasser.
Schleim, Fruchtwasser und mehrere bis kirschkerngroße
sen.
m luftleer, Magen und Luftwege gashaltig.
is uteri, Fruchtwasser stinkend. Schädellage, Perforation.
nd Magen gasblasenführende, gelbgrünliche, stinkende
ı.

rbelebungsversuchen:

e, Vorfall der pulslosen Nabelschnur, Wendung, Extrak-
chwingungen.
ıftwegen säher Schleim, Magen von Luft stark ausgedehnt.

Sterbend Geborene: 5 Fälle.

derbelebungsversuche.

nal spontan geboren, 33 cm, intrakranielle Blutung; 1mal
Perforation, Ertränken in Creolin, 47 cm.
ıdung, Extraktion, intrakranielle Blutung, 50 cm.
ıktion, II Zwilling, 26 cm.

ger Schleim
" und Creolin } geathmet bezw. verschluckt.
d Blut

ıen von Athmen noch Schlucken inter partum.
ıftwege übereinstimmend mit dem des Verdauungskanals.
rei, blutiger Schleim verschluckt (33 cm lang).
1mal Trachea, 1mal Bronchien frei.

bebelebungsversuchen:

, spontan geboren. Asphyxie, Schwingungen. Herztod
43 cm lang. Keine Zeichen von Schlucken oder Athmen
artum. Im Magen eine Luftblase.

ınd Magen lufthaltig, Darm luftleer.

. Todtgeborene: 18 Fälle.

derbelebungsversuche.

ıdung, Perforation, 51½ cm; 1mal Wendung, Extraktion,
3mal Schädellage (1mal (52 cm) Perforation, 1mal (52 cm)
Tympania uteri; 1mal spontan geboren, II Zwilling, 41 cm);
teißlage, Extraktion, 49 cm.

ge Massen . . . . . } geathmet bezw.
. . . . . } verschluckt.
lbe, wässrige Massen (Tympania uteri)

er in Luftwegen übereinstimmend mit denen des Ver-
gskanals.
ges Material in Rachen bis Bronchien, im Magen Schleim.

1mal Schleim, Blut, Gehirnsubstanz in Luftwegen; im Magen Blut, meconhaltige Massen (Perforation des Schädels mit Eröffnung des Pharynx).

4mal Rachen, 3mal Larynx, 1mal Luftröhre, 0mal Bronchien leer.

2) 12 Fälle mit Wiederbelebungsversuchen.

9mal 50—55, 3mal 48—50 cm lang (1mal 3 Schwingungen, sonst viele, bis über 100).

7mal Rachen, 10mal Kehlkopf, 10mal Luftröhre, 7mal Bronchien frei.

B. Sterbend Geborene: 11 Fälle.

1) 6 Fälle ohne Wiederbelebungsversuche.

4mal Schädellage (Perforation, ertränkt, z. Th. nach vorangegangenem Würgen, 50—56 cm lang); 1mal Schädellage, 25 cm; 1mal Gesichtslage, 51 cm.

3mal Fremdkörper (Ertränkungsflüssigkeit) in Luftwegen übereinstimmend mit denen des Verdauungskanals.

1mal Creolin, Blut, Hirn in Luftwegen; im Magen Creolin.

2mal Luftwege frei, Magen ohne Zeichen von Schlucken inter partum.

2) 5 Fälle mit Wiederbelebungsversuchen.

1mal 43, 2mal 48—50, 2mal 52 cm lang.

5mal Rachen, Luftröhre, Kehlkopf, Bronchien leer.

C. Tod nach längerer Zeit: 8 Fälle.

1mal † p ½ Stunde, 40 cm, intrameningeale Blutung.
1mal † p ½—¾ » 43 » Lues, Pneumonia alba etc.
1mal † p 1 » 47 » intermeningeale Blutung.
1mal † p 1½ » 47 » » » Hernia diaphragmat.
1mal † p 2 » 51½ » Lues, Pneumonie etc.
1mal † p 3½ » 53 » Verstopfung des Rachens durch Blut aus Wunde desselben, erzeugt beim Aussaugen mittels Katheters.
1mal † p 3½ Stunde, 43 cm, interkranielle Blutung.
1mal † p 12 » 51½ » » » Ulcera ventriculi.

V. Lungen und Dünndarm lufthaltig, Magen luftleer.

1 Fall, 40 cm lang, spontan geboren, † p 17 Stunden. Luftwege frei, Lungen wenig lufthaltig, Magen luftleer, enthält Schleim und Meconium, Dünndarm lufthaltig, Dickdarm luftleer. Lebensschwäche.

VI. Magen und Dünndarm lufthaltig, Lungen luftleer.

1 Fall, 42 cm. Steißlage, leichte und schnelle Extraktion, todt nach 4 Stunden in Folge intermeningealer Blutung.

VII. Lungen, Magen, Dünndarm lufthaltig.

A. Sterbend Geborene: 3 Fälle.

1) 1 Fall ohne Wiederbelebungsversuche.

52 cm lang, Schädellage, Hydrocephalus, Perforation. Ertränken. Anämie. In Luftwegen creolinhaltiger Schaum, in Alveolen Creolin, eben so im Magen, untere Hälfte des Dünndarmes luftleer.

2) 2 Fälle mit Wiederbelebungsversuchen (Schwingungen).

55 cm lang, Schädellage, Wendung, Extraktion.
49½ cm lang, Querlage, » » Herztod 15 Minuten post partum.

1mal im Rachen u. Kehlkopf blutiger Schleim (55 cm), Luftwege sonst frei.
1mal im Magen Schleim (55 cm), 1mal Blut und Schleim.
2mal oberste Viertel des Dünndarmes lufthaltig.

B. Tod nach längerer Zeit: 13 Fälle.

Schädellage, 34 cm lang, bald todt, Lebensschwäche, Lungen wenig, Magen stark, 2 Drittel des Dünndarmes partiell lufthaltig.

Schädellage, 36 cm lang, † p 1 Stunde, Lebensschwäche, Lungen wenig, Magen mäßig, Dünndarm in großer Ausdehnung lufthaltig.

50 cm lang, † p 1 Stunde, Buhl'sche Krankheit, Lungen wenig, stark, Dünndarm im obersten Theil lufthaltig.
45½ cm lang, † p 3 Stunden, Lebensschwäche, Lungen wenig, mäßig, Dünndarm lufthaltig.
36 cm lang, † p 4 Stunden, Lues, Pneumonie, Lungen mäßig, mäßig, Dünndarm lufthaltig.
50 cm lang, † p 5½ Stunde, intermeningeale Blutung, Lungen , Magen mäßig, 3 Viertel des Dünndarmes lufthaltig.
cm lang, † p 7 Stunden, intermeningeale Blutung, Lungen stark, stark, obere Hälfte des Dünndarmes mäßig lufthaltig.
'endung, Extraktion, 45 cm lang, † p 7 Stunden, Buhl'sche heit, Lungen fast luftleer, Magen wenig, obere 3 Viertel des .armes mäßig lufthaltig.
51 cm lang, † p 10 Stunden, Erstickung durch Druck der Bet-, Lungen zum Theil, Magen und Dünndarm mäßig lufthaltig.
49½ cm lang, † p 12 Stunden, Lues haemorrhag., Lungen zum n Theil luftleer, Magen und Dünndarm mäßig lufthaltig.
33 cm lang, † p 16 Stunden, Kälteeinwirkung, Lebensschwäche, n stark, Magen mäßig, Dünndarm im oberen Drittel wenig tig.
34½ cm lang, † p 34 Stunden, Lebensschwäche, Lungen wenig, und obere Hälfte des Dünndarmes mäßig lufthaltig.
50½ cm lang, † p 36 Stunden, Lues, Pneumonie, Lungen sehr Magen und Dünndarm mäßig lufthaltig.

gen, Magen, Dünn- und Dickdarm lufthaltig.

15 Fälle.

37 cm lang, † p 1 Stunde, Lebenschwäche, Lungen fast luft-Tractus bis in Colon ascendens lufthaltig.
49½ cm lang, † p 3 Stunden, Todesursache ?, Lungen wenig, und Darm stark lufthaltig.
cm lang, † p 5 Stunden, Lebensschwäche, Lungen sehr wenig, stark, obere 3 Viertel des Dünndarmes und der Dickdarm mäßig ufthaltig.
:m lang, † p 6 Stunden, Lebensschwäche, Lungen zu 2 Drittel ', Magen mittelstark, Dünndarm stark, Dickdarm diskontinuirlich tig.
46 cm lang, † p 7 Stunden, Buhl'sche Krankheit, Lungen fast t, Tractus bis S stark lufthaltig.
36 cm lang, † p 12 Stunden, Lebensschwäche, Lungen sehr we-actus bis Rectum stark lufthaltig.
45 cm lang, † p 12 Stunden, Oedema glottid., Lungen fast , Tractus bis S mäßig lufthaltig.
cm lang, † p 18 Stunden, Lebensschwäche, Lungen mäßig, stärker lufthaltig.
cm lang, † p 36 Stunden, Lebensschwäche, Lungen fast luft-ractus stark lufthaltig.
cm lang, † p 41 Stunden, Lebensschwäche, Lungen zur Hälfte , Magen, Dünndarm u. obere 2 Drittel des Dickdarmes lufthaltig.
ie übrigen Fälle bieten nichts Abweichendes.

Gerichtlich secirte Fälle.

I. Lungen, Magen, Darm luftleer.

A. Todtgeborene: 56 Fälle.

le boten die Zeichen intra-uteriner Asphyxie.

B. Lebend Geborene: 3 Fälle.

rtrinken im Eimer
gen Schleim, Fruchtwasser, Pflanzenpartikel, im Magen desgl.

1mal 37 cm lang. Ertrinken im Eimer.
In Luftwegen und Magen Blut und Wasser.
1mal reif. Eihäute lagen Kopf und Hals fest an, ein Strick 4mal um den Hals geschlungen. Luftwege leer.

II. Lungen lufthaltig, Magen und Darm luftleer.

12 Fälle, reif oder der Reife nahe.

1mal Erwürgen, 4mal Ersticken durch weiche Körper (Eihäute 2mal, Kissen 1mal, Röcke 1mal), 2mal Ertrinken im Abtritt, 4mal Todesursache unbekannt geblieben, 1mal Erdrosseln (Schädelbrüche).
Luftwege führten nur in den 2 Fällen von Ertrinken Fremdkörper (Koth).

III. Magen lufthaltig, Lungen und Darm luftleer.

27 cm lang, Luftwege frei, einige bis linsengroße Luftblasen im Magen.
51½ cm lang, intra-uterine Aspiration, einige bis linsengroße Luftblasen im Magen.

IV. Lungen und Magen lufthaltig, Darm luftleer.

34 Fälle, reif oder der Reife nahe.

2mal Erdrosseln, 6mal Erwürgen, 4mal Ersticken durch weiche Körper, 9mal Ertrinken (4mal im Eimer, 5mal in Koth) (1mal Lufteinblasen post mortem durch Hebamme), 6mal Todesursache unbekannt geblieben, 4mal sterbend (nach intra-uteriner Athmung) geboren, 3mal Gesichtslage, tödliches Oedema glottidis.

V. Lungen und Dünndarm lufthaltig, Magen luftleer.

Vacat.

VI. Magen und Dünndarm lufthaltig, Lungen luftleer.

3 Fälle, 46—49 cm lang.

1mal ertrunken, 2mal Todesursache unbekannt geblieben.

VII. Lungen, Magen, Dünndarm lufthaltig.

44 Fälle, reif oder der Reife nahe.

5mal Erdrosseln (1mal m. Schädelbrüchen), 2mal Erwürgen (1mal nach Ertränkungsversuch im Klosett), 2mal Obturation des Rachens (1mal durch Finger, Schädelbrüche, 1mal durch Papierpfropfen), 6mal tödliche Schädelverletzung (1mal Sturzgeburt), 6mal Erstickung durch weiche Körper (5mal unter Betten, 1mal † 3 Stunden post partum), 6mal Ertränken (2mal Eimer, 1mal Abtritt, 3mal Wasser), 1mal sterbend geboren (inter partum meconhaltiges Material aspirirt und verschluckt), 1mal Oedema glottidis, Lues, † 4 Stunden p. p., 1mal Zerreißung der Wirbelsäule, † 10 Stunden p. p., 13mal Todesursache unbekannt geblieben, 1mal Erfrieren (?) und geringe intrakranielle Blutung.

VIII. Lungen, Magen, Dünn- und Dickdarm lufthaltig.

6 Fälle, reif oder der Reife nahe.

Je 1mal Erwürgen, Schädelverletzung, Erfrieren, sterbend geboren (intra-uterine Asphyxie), Herzfehler, Verblutung aus (unterbundener) Nabelschnur († 3 Stunden p. p.).

In den verwerthbaren der 184 klinischen Fälle — nur in 137 waren Wiederbelebungsversuche nicht angestellt worden — ergab mithin die Lungenprobe 30mal ein Resultat, das ohne Kenntnis oder Berücksichtigung der Geschichte der Beobachtungen zu falschen Schlüssen zu führen geignet war. 17mal zeigten sich die Lungen Todtgeborener lufthaltig (Abtheilung II und IV), 12mal waren die Lungen anektatisch, trotzdem das Leben vor Vollendung der Ausstoßung noch nicht erloschen war (Abth. I und III). In dem

ng VI war die Luft aus den Lungen voll-

VI der 160 gerichtlichen Fälle sind 8 Beob-
jenen 30 an die Seite zu stellen; 3mal (I)
:er, trotzdem die anscheinend lebensfrisch
gewaltsamen Todes gestorben waren. Die
betrafen sterbend Geborene, von denen das
:m Länge), das andere wegen Verstopfung
r partum aspirirte Massen unfähig gewesen,
anzusaugen. In den Fällen der Abtheilung
:rnde Momente nicht vor.
alt des Magens beweise extra-uterines Leben,
nd in 8 der klinischen Fälle (Abth. III 2,
); andererseits zeigten 6 sterbend Geborene
der Abtheilung II Fehlen des Luftgehaltes
er Annahme nichts entgegen, dass die Luft,
ıg der Kategorie V verschluckt worden, gänz-
ntleert ist.
lieser Fälle ungefähr die nämliche ist, wie
bachtungen, deren Lungenbefund Missdeu-
ochte (etwa 20%), sehen wir die Summe der
älle, deren Magenbefund Abweichungen
0%, dagegen die Beobachtungen betr. un-
isse der Lungen nur etwa 5% der Gesammt-
bachtungen der Abtheilung I und in 13 der
; unzweifelhaften Lebens und Athmens post
hme von Luft in den Digestionstractus ge-

frei geblieben in 6 Fällen der Abtheilung I,
ung II, in 6 Fällen der Abtheilung III, in
r klinischen Beobachtungen; 8mal wurde
t auch noch vermisst, trotzdem das Leben
tunden angedauert hatte. In 31% der kli-
würde also die Darmprobe allein ein falsches
Resultat ergeben haben.

Fast gleich ist der Procentsatz der entsprechenden Fälle, welche in gerichtlichem Auftrage von mir secirt worden sind (32%). In Abtheilung I finden sich 3, in Abtheilung II 12, in Abtheilung III 2, in Abtheilung IV 34 hierher gehörige Beobachtungen.

Wie wenig konstant die Beziehungen zwischen Luftgehalt des Dünn- und des Dickdarmes einerseits und der Länge des extrauterinen Lebens andererseits sind, lässt eine Vergleichung der Fälle in Abtheilung VII und VIII des klinischen Materials unter sich und mit den der nämlichen Kategorien der gerichtlich Secirten deutlich erkennen; in der bei Weitem größten Mehrzahl der letzteren ist ja der Tod sehr bald nach der Geburt eingetreten.

Die Luft in den Lungen war in 17 der klinischen Beobachtungen

in so geringer Menge vorhanden, dass sämmtliche Stücke, in die die Organe zerschnitten wurden, untersanken. Es ereignete sich außerdem mehrfach, dass die beiden Hälften eines Stückchens, welches sich wegen Luftgehaltes der Alveolen auf der Oberfläche oder unter dem Wasserspiegel hielt, nach der Trennung von einander untergingen: durch den Schnitt war so vielen Alveolen die Entleerung ermöglicht, dass das specifische Gewicht der Theile das des Wassers übertraf. Stets war deutlich das Aufsteigen der Luftbläschen zu konstatiren, wenn man so minimal lufthaltige Abschnitte unter Wasser incidirte. Es ist jedoch nur ein günstiger Zufall, wenn man bei planlosem Einschneiden derartige Partien trifft; in der Regel wird man sie verfehlen, falls der Sitz der Luft nicht vorher eruirt worden ist. Es ist also der Inspektion der Lungen die größte Aufmerksamkeit zuzuwenden, zumal ja auch der Befund von aufgeblähten Alveolen mit Sicherheit gegen den Gasgehalt der Organe allein durch Fäulnis spricht.

Ich möchte noch auf eine Quelle der Täuschung aufmerksam machen. Drückt man Lungen, deren Bronchien nicht durch recht zähes Material gänzlich verstopft sind, von dem Hilus gegen die Pleuraoberfläche, so gelingt es unschwer, vorher anektatische Partien lufthaltig und schwimmfähig zu machen.

Luftgehalt des Magens bedingte sehr viel weniger häufig, als bei den Lungen, Schwimmen des Organs. Oft korrespondirte der Luftgehalt des Magens nicht mit dem der Lungen; auch in Fällen, deren Bronchien wegsam, hatte mehrmals eine ausgiebigere Aufnahme von Luft in den Magen stattgefunden. Für die Unabhängigkeit des Athmens und des Schluckens sprechen auch die oben angeführten Fälle, in denen der flüssige Inhalt der Respirationsorgane Differenzen darbot mit dem des Verdauungstractus.

II. Zur Kasuistik der Scheidenverletzungen.

Von

Dr. R. Teuffel, Chemnitz.

Am 29. Mai 1890 bekam ich eine 29jährige Nullipara, unverheirathete Arbeiterin, in Behandlung, die über etwas Blutabgang und Brennen im Leibe klagte. Sie giebt an, am 25. Mai, also 4 Tage vorher, beim Coitus einen sehr heftigen Schmerz und darauf eine stärkere Blutung gehabt zu haben. Auch jetzt ist noch, freilich ganz wenig, Blutabgang vorhanden.

Die Scheide ist verhältnismäßig kurz, eng, wenig nachgiebig, die Oberfläche ziemlich glatt, also im Ganzen dem senilen Typus sich nähernd. Riss in der Scheide rechts.

Bei der Entfaltung der Scheide in der Knie-Ellbogenstellung zeigt sich eine glattrandige Kontinuitätstrennung, deren Ränder so aus einander gewichen sind, dass sie ein Dreieck darstellen, auf dessen Grund das unverletzte parametrane Bindegewebe zu Tage tritt. Die längste Seite des Dreiecks läuft von der Mitte des hinteren Scheidengewölbes nach der rechten Seite herab und trifft spitzwinklig, 1—2 cm vom Hymen entfernt, auf den vorderen Rand der Wunde, der von der Seite der Portio in der Richtung der Längsachse der Scheide an deren rechter Seitenwand

umgreift den rechten hinteren Qua-

einen zerplatzten Ballon und spricht
der Verletzung die angegebene war
este in größerer Ausdehnung gleich-

leichmäßig, glattrandig, in so großer
erliegenden Gewebe verletzt wurden.
egen einen Punkt der Scheide ge-
g nach, ausgeschlossen. Die Wunde
mgase.

---

isher noch unbeschriebene
eliom, sich in Angiom und
andelnd.

September 28. p. 337.)

on ihr aufgefundene Krankheit
rtlichen und allgemeinen Er-
aher nicht selten die Ausfüh-
oll. Verf. hat Schnitte dieser
York und an Waldeyer in
en, dass es sich um Carcinom
n Zeichnungen der mikrosko-
. Verf. findet nun, dass die
ildung von Gefäßen und blut-

gefüllten Cysten führen, indem die neugebildeten Endothelzellen theils in die Endothelien der Gefäße, theils in die »Mastzellen« Eberth's oder Hämatoblasten übergehen, aus denen dann sich die Blutzellen selbst entwickeln. Auch entstehen größere Hohlräume, welche Hämatoblasten und später Blutzellen enthalten, so dass sich wirkliche Blutcysten bilden. Gleichzeitig vergesellschaftet sich dieser Hergang aber auch andererseits mit Endarteriitis obliterans, welche mit Bildung starren fibrösen Gewebes einhergeht. Überall aber scheint eine Verödung der Eier selbst die Folge zu sein, und kann es daher nicht Wunder nehmen, dass solche Kranke steril sind. **Lühe** (Demmin).

---

2) **Wilson.** Über die Wahl des Zeitpunktes für Laparotomien.

(Aus dem Kongress der amerikanischen gynäkol. Gesellschaft.)

(Med. news 1889. Oktober 5. p. 386.)

W. spricht sich dafür aus, Bauchschnitte nicht unmittelbar nach der Menstruation, sondern während derselben auszuführen. Er betrachtet die menstruelle Blutung als günstig, indem sie der Entzündung vorbeuge. Die Erfahrungen, die er hiermit in letzter Zeit gemacht hat, bestärken ihn in seiner Meinung. — Goodell will gleichfalls die Ovariotomie zur Zeit der Menstruation machen, dagegen die Hysterektomie oder eine Fibroidausschälung in der Zwischenzeit. Auch andere Operateure, Mundé und Skene sehen das Vorhandensein der Menstruation nicht als Gegengrund gegen die Ausführung von Operationen an, außer Myom-Exstirpationen.

Lühe (Demmin).

---

3) **A. van der Veer** (Albany). Nichterkannte Schwangerschaft in ihrer Beziehung zur Laparotomie.

(Amer. Journ. of obstetr. 1889. November. p. 1121.)

V. berichtet über zwei Fälle von Laparotomie bei bestehender Schwangerschaft.

In dem ersten Falle handelte es sich um eine 34jährige Frau, welche wegen einer Unterleibsgeschwulst V. konsultirte. Dieselbe war rasch gewachsen und sehr schmerzhaft. V. konstatirte neben leichter Anschwellung und Empfindlichkeit der Brüste eine starke Auftreibung des Unterleibes durch eine unregelmäßige Anschwellung. Links ließ sich eine harte Geschwulst und nach rechts eine weichere, undeutlich fluktuirende nachweisen. Innerlich fand sich links von der Gebärmutter eine deutliche Geschwulst. Bei wiederholter genauer Untersuchung wurde die Sonde drei Zoll weit in den Uterus eingeführt. Explorativincision, da ektopische Schwangerschaft vermuthet wurde. Es fanden sich zwei subperitoneale Myome auf der linken Seite der Gebärmutter, rechts schien das ganze Gewebe derselben in myxomatöse Masse umgewandelt. Da sehr zahlreiche Adhäsionen bestanden, so schien die Entfernung der Geschwulst nicht gerathen. Nach heftiger Peritonitis, welche durch starke Ausdeh-

zur Öffnung brachte, trat Heilung ei
ie Kranke entlassen und am 24. De
onate alten Fötus. Nach der Entb
fgetrieben. V. hatte keine Gelegenheit
hen.
traf eine 35jährige Frau, welche seit
schwanger gewesen war. Es bestan
en Seite, welche bis zum Nabel reichte
höckerig und sehr schmerzhaft bei Druc
uglas eine Anschwellung von Eigröße,
ammenhang zu stehen schien. Sonde
einlichkeitsdiagnose auf multiple Myo
ler Anhänge oder Hysterektomie besch
uchhöhle zeigte die Geschwulst, sarkon
he Verwachsungen nach dem Becken
ung Abstand genommen wurde. 20
. Abort eines Fötus im vierten Monat ei
e ähnliche Fälle, von Verschiedenen
zen 68 Fälle aus der Litteratur susa
selben kommt er zu folgenden Schlus

der Diagnose war in sehr vielen Fällen

eines jeden Operateurs, ehe er zum
enaue schriftliche klinische Aufzeichnu
s durch einen sicheren Assistenten zu m
ch eines bestimmten Formulars, etwa d
gebenen, zu bedienen, damit kein Punk

e sind bei der Stellung der Diagnose
t allein das Resultat der lokalen Unters
ziehen.
ngste Möglichkeit einer Schwangersch
re Umgebung davon zu benachrichtig
t der Natur des Leidens, der Nothwen
nnt zu machen.
nes jeden Arztes, alle solche Fälle offe
tlichen. **Engelmann** (Kreusna

Histologische Beobachtungen üb
Bindegewebe der Gebärmutter wä
gerschaft und Wochenbett.

Rob. Grant & Son. 17 S. Mit einer Tafel

r Muskulatur der Gebärmutter währe
Schwangerschaft kommt einzig und allein durch Vergrößeru
Muskelzellen selbst, nicht auch zugleich durch ihre Vermehr

Stande. Das Zwischenbindegewebe nimmt in der ersten Zeit der Schwangerschaft nur wenig zu, erst in der zweiten Hälfte beginnt es erheblich zu wuchern und zwar vermittels Auswanderung von Leukocyten. Gegen Ende der Schwangerschaft tritt darin eine neue Zellenart auf, Riesenzellen, welche Anfangs nur einen Kern zeigen, später aber, in den letzten 3—4 Tagen, mehrere Kerne enthalten. Sie scheinen sich aus Leukocyten zu bilden und stellen ein angehäuftes Material von Plasmodien dar. Sie zehren dann im Wochenbett die Stoffe der Rückbildung auf und zwar in Form von Körnern die Baustoffe des Bindegewebes, in Lösung die der Muskelzellen selbst. Ob sie dann noch unter Beibehaltung ihrer Form oder aufgelöst in den Kreislauf gerathen, ist noch nicht festgestellt. Die Muskelzellen selbst schrumpfen allmählich wieder zur ursprünglichen Größe zusammen, ohne dass sie aber an Zahl abnehmen, es gehen eben die einzelnen Elemente bei der Rückbildung eben so wenig zu Grunde, als sie bei dem Wachsthum sich neubildeten. Gute Abbildungen erläutern diese Verhältnisse, zumal fällt der bedeutende Größenunterschied der einzelnen Muskelfaser in den verschiedenen Stadien auf.

Lühe (Demmin).

Kasuistik.

5) Sitzungsberichte der geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 30. April 1889.

Vorsitzender Herr Hotte; Schriftführer Herr Lomer.

Herr Mennig berichtet über folgenden eigenthümlichen Fall von Eklampsie.

Eine 27jährige IIIpara, die am 15. April ihre Niederkunft erwartete, bekam am 2. April einen asthmatischen Anfall mit heftiger Dyspnoe. Nach einer Morphiumgabe trat Erbrechen ein und damit Erleichterung. Nachdem darauf 3 Tage in bestem Wohlsein speciell ohne Spur von Ödemen verflossen waren, trat am 6. April, $1^1/_2$ Stunden nach dem Aufstehen um 8 Uhr Morgens wieder heftiges Erbrechen mit Kopfschmerzen ein und bald darauf eine vollständige Amaurose. Noch war die Kranke ganz bei Bewusstsein, die Pupillen mittelweit, der Puls sehr gespannt. Um 11 Uhr trat dann der erste eklamptische Anfall ein, um 12 Uhr, um 1, um 2 Uhr wiederholte sich derselbe. Die Kranke lag jetzt im tiefsten Sopor, Wehenthätigkeit war unterdessen konstatirt, Muttermund thalergroß geöffnet. Mittels Katheters wurden ca. 100 ccm Urin aus der Blase entfernt, derselbe enthielt nur wenig Eiweiß, schätzungsweise über $^1/_2$%, Ödeme fehlten. Herr Lomer, der zu dem Falle zugezogen wurde, rieth nach dem Vorgange von Veit, große Dosen Morphium zu verabreichen. Die Kranke erhielt also von jetzt ab beim Beginn eines jeden Anfalles 0,03 Morphium subkutan. Innerhalb $2^1/_2$ Stunden wurden ihr 0,09 gegeben. Darauf trat eine Pause in den Anfällen ein.

Abends um 9 Uhr lag die Pat. in Sopor, P. 104, voll, gespannt, T. 39°, Muttermund 5markstückgroß. Herztöne nicht zu hören. Da nun abermals sich ein Anfall einstellte, wurde in Narkose die kombinirte Wendung vorgenommen und unter abermaliger Morphiumverabreichung die spontane Geburt des Kindes abgewartet. Um $11^1/_2$ Uhr wurde ohne erheblichen Blutverlust eine todte Frucht ausgestoßen. Die eklamptischen Anfälle blieben indess mit der Entleerung des Uterus nicht aus, sie stellten sich vielmehr aufs Neue Schlag auf Schlag ein. Da die Kranke innerhalb 8 Stunden bereits 0,12 Morphium subkutan erhalten, hielt Herr Mennig es nunmehr, besonders da sich auch Lungenödem einstellte, für gefährlich, mit

den Injektionen weiter fortzufahren. Die Kranke lag cyanotisch da, mit mühsamer rasselnder Athmung. Bei Seitenlagerung floss eine Menge schaumigen Schleimes aus dem Munde. Puls 180. Angesichts dieses Zustandes stündliche Kampferinjektionen. Gegen Morgen hob sich der Puls auf 144; es trat indess abermals ein eklamptischer Anfall auf, der, wie die folgenden, mit Morphium bekämpft wurde. Die Kranke wurde von nun an immer unruhiger, warf um sich, schrie, und musste von mehreren Personen gehalten werden. Dieser Zustand änderte sich plötzlich, als sie ein heißes Bad bekam, nach den von Breus angegebenen Vorschriften. Sie schlief darauf eine Zeit lang ruhig, ließ Urin und zeigte noch immer keine Spur von Ödemen. Die Temperatur war 39°, der Puls 120. Im Laufe des Tages bekam sie 3 Bäder und bei jedem Anfall Morphium. Das letzte Bad hatte indess nicht mehr die beruhigende Einwirkung; die Kranke warf wieder um sich und zeigte namentlich eigenthümliche Verzerrungen der Gesichtsmuskulatur. Es trat Stoke'sches Athmen auf, und unter diesen Erscheinungen starb sie am nächsten Tage, 6 Tage nach den die Eklampsie einleitenden, asthmatischen Anfällen, 2 Tage nach ihrer Entbindung.

Die Sektion ergab parenchymatöse Nephritis mit starker Dilatation der Nierenvenen. Degeneration des Herzmuskels, Hypostase des unteren Lappens beider Lungen.

Nach einer theoretischen Besprechung der uns bisher bekannten geringen Bruchtheile des Wesens der Eklampsie, zeigte Herr Mennig, wie in diesem Falle die Therapie darauf gerichtet war: 1) durch Morphiumdarreichung die gesteigerte Erregbarkeit des Centralnervensystems herabzusetzen, damit nicht durch die enorme Muskelarbeit neue dem Körper schädliche Stoffwechselprodukte in die Blutbahnen aufgenommen werden; 2) durch heiße Bäder diese Stoffwechselprodukte aus dem Körper zu eliminiren.

Diskussion: Herr Lomer, der den Fall mit gesehen, hebt besonders noch hervor, wie außerordentlich wohlthätig die heißen Bäder eingewirkt hätten. Die Angehörigen, welchen die beruhigende Wirkung derselben nicht entging, baten förmlich um Wiederholung derselben.

Es giebt schwere Fälle von Eklampsie, bei denen jedes Mittel vergeblich sein muss. In der letzten Sitzung hat noch Herr Strack einen solchen mitgetheilt, wo eine vorher gesunde Frau innerhalb einiger Stunden an den Folgen eines einzigen Anfalles starb. Angesichts derartiger Fälle klingt der Ausspruch Veit's, »das Wesen der Eklampsie kennen wir nicht, aber wir können sie heilen«, doch etwas zu optimistisch.

Herr Hotte meint, man hätte beim Auftreten des ersten asthmatischen Anfalles, namentlich wegen des Erbrechens und der Kopfschmerzen, an eine Nierenkomplikation denken müssen.

Herr Mennig erwiedert darauf, er habe jene Symptome bei der bisher ganz gesunden und nicht an Ödemen leidenden Frau auf eine Indigestion zurückgeführt.

Herr Lomer giebt Herrn Mennig Recht. Selbst wenn er damals den Urin untersucht haben würde, er bei so auffallend geringem Eiweißgehalt seine Annahme eher bestätigt gefunden hätte.

Herr Fränkel: Es kommt in solchen Fällen weder auf das Fehlen von Ödem an, noch auf die Eiweißmengen, sondern wesentlich nur auf den mikroskopischen Befund im Urinsediment, besonders auf den Nachweis von rothen Blutkörperchen und von granulirten Cylindern. In gewissen Formen von Eklampsie handelt es sich möglicherweise, bei der die Krankheit begleitenden Nephritis, um eine durch Bakterien verursachte Infektion des Körpers. Vielleicht giebt uns bald die Bakteriologie darüber Aufklärung.

Bezüglich der Therapie erwähnt Herr Fränkel, dass ihm einmal subkutane Injektionen von Benzoe große Dienste in einem besonders schweren Falle von Eklampsie geleistet hätten.

Herr Jacobsen sah kürzlich einen Fall, in welchem vor der Entbindung sehr heftige Kopfschmerzen sich einstellten, wodurch er sich veranlasst sah den

Urin zu untersuchen. Es fand sich viel Eiweiß darin, aber weder Ödem noch eklamptische Anfälle stellten sich ein. Bei der Geburt fand sich Hydramnion.

Herr Mennig berichtet über einen Fall von Hydramnion, bei dem eine geradezu unglaubliche Menge Fruchtwasser abfloss. Bei der Sprengung der Blase kam ein derartiger Wasserstrahl hervorgeschossen, dass das Wasser nachher zollhoch in dem kleinen Zimmer stand. Es wurde ein Anencephalus in Fußlage extrahirt. Die Eihäute waren adhärent und mussten manuell entfernt werden. Wochenbett normal.

Sitzung vom 14. Mai 1889.

Herr Schütz giebt ein Referat über die Fortschritte im Gebiet der Geburtshilfe und der Gynäkologie.

Sitzung vom 25. Juni 1889.

Herr Kiderlen demonstrirt das Sektionsprodukt einer 61jährigen Frau. Der retroflektirte Uterus wird nach hinten gehalten durch einen fingerdicken Strang des linken Parametriums, der sich bei der Untersuchung als Hämatosalpinx herausstellt.

Herr Lomer demonstrirt einen mehrkammerigen Ovarientumor, der, obwohl wiederholt von den Bauchdecken aus punktirt, bei der Exstirpation keine Spur von Adhäsionen zeigte. Herr Raether über Prolapsus mucosae urethrae beim Weibe (Autoreferat).

»Wenn man die üblichen Lehrbücher durchforscht, scheint es, dass diese Affektion selten ist, wenigstens so weit sie zur Operation führt. Schröder-Hofmeier, Martin, Rheinstädter erwähnen sie gar nicht, Fritsch (1881) hat nur einen Fall, Winckel ebenfalls einen gesehen. In Winckel's Handbuch »Krankheiten der weiblichen Harnröhre und Blase« (1885) finden sich 15 Autoren angegeben, welche dieses Leiden beobachtet haben. Es wird dort erwähnt, dass Morgagni vor etwa 100 Jahren 2 Fälle bereits beschrieben. Ein fernerer Fall von Morand et Richard wird von unserem Mitgliede Herrn Jaffé (Centralblatt für Chirurgie 1889 No. 13) angeführt: Ein 10jähriges Mädchen hatte seit einiger Zeit eine Geschwulst an den Genitalien, 4 cm lang, himbeerfarben, leicht blutend und schmerzhaftes öfteres Uriniren veranlassend. Unterbindung des Prolapses in zwei Partien nach Einführung einer Sonde in die Harnröhre. Die unterbundene Partie fällt nach einigen Tagen ab. Pat. ist ohne Verengerung geheilt.

Ferner finde ich noch ein Referat von Simon (Centralblatt für Gynäkologie 1888 p. 453) über eine Dissertation von H. Münzer, Erlangen 1888; sechsjähriges Mädchen, walnussgroßer dunkelrother Tumor. Abtragung mit dem Messer, Katgutnähte; nach 8 Tagen geheilt entlassen.

Schließlich finden sich in den klinischen Jahrbüchern der preußischen Universitäten für 1888 unter »Poliklinik« 16 Fälle verzeichnet, davon 14 Fälle in Berlin, von denen jedoch nur 3 operirt sind.

Über die Ätiologie des Leidens ist nichts Genaues bekannt. Es sind zum großen Theil, nach den Angaben der Litteratur, chlorotische Mädchen; unter 17 Kranken, von denen Angaben vorliegen, fanden sich 9 im Alter von 6 bis 15 Jahren. Von Streubel's 4 Kranken waren 3 Puellae publicae mit erweiterter Harnröhre und Gonorrhoe.

Ich kann ihnen heute 3 Fälle vorführen, welche ich operirt habe und welche im Gegensatz zu Obigem ältere Frauen betrafen, bei denen jede Spur von gonorrhoischer Infektion fehlte:

1) Frau R., Wittwe, 60 Jahre alt, 3mal geboren, zuletzt vor 20 Jahren, Menopause seit dem 46. Lebensjahre, hat seit 4 Wochen geringen aber beinahe täglich blutigen Ausfluss und Schmerzen beim Urinlassen. Untersuchung ergiebt: Vagina senil. Aus der Harnröhrenmündung ragt eine etwa $1^1/_2$ cm lange, blauröthliche, etwas schmerzhafte leicht blutende Geschwulst, welche sich als Prolapsus mucosae urethrae herausstellt. Operation am 9. Juli 1887 durch Schnitt. Fünf Katgutnäthe, die untere Nahtstelle heilt erst nach Eiterung. Nach 8 Tagen entlassen.

2) Frau D., 36 Jahre alt. 7mal geboren, zuletzt vor 2 Jahren. Wegen Prolapsus

vaginae et descensus uteri, Amputatio portionis colporrhaphia anterior et posterior von mir gemacht und normal geheilt. Ein Jahr darauf stellte sich drängendes Gefühl an der Harnröhre ähnlich den früheren Senkungserscheinungen ein. Untersuchung ergiebt: Vagina gesund, hintere Harnröhrenwand etwa 1 cm prolabirt. Abtragung mit der Cooper'schen Schere; Ätzungen mit dem Thermokauter. Heilt, nachdem die Pat. 2 Tage gelegen, innerhalb 14 Tagen ambulatorisch.

3) Frau H., 61 Jahre alt, 3mal geboren; Menopause seit 13 Jahren. Die sehr intelligente Dame klagt über starke Senkungserscheinungen, hatte von ihrem Hausarzte wegen geringem Descensus der hinteren Vaginalwand einen Meyer'schen Ring eingelegt bekommen, welcher jedoch die Senkungsbeschwerden nur vermehrte. Wenig Beschwerden beim Urinlassen. Prolaps etwa 2 cm lang, blutet nur bei Berührung. Operation: Abschneidung mit der Cooper'schen Schere, 5 Katgutnähte. Pat. 5 Tage klinisch, nachher ambulatorisch behandelt. Die Beschwerden sind vollständig geschwunden, trotzdem Pat. in ihrem großen Hauswesen viel zu thun hat. Bei der letzten Untersuchung, 8 Wochen nach der Operation, findet sich die schon vorher konstatirte Senkung der hinteren Vaginalwand, doch hat Pat. absolut keine Beschwerden und geht ohne Ring.

Allen 3 Fällen gemeinsam sind die starken Beschwerden, welche sich namentlich in Drängen, Senkungserscheinungen, Harnbeschwerden äußerten, während der Befund bei 1 und 2 doch gerade kein bedeutender war; doch kann uns das nicht überraschen, wenn wir bedenken, dass oft unbedeutende Prolapse der vorderen Vaginalwand schon starke Erscheinungen machen.

Die mehrfach empfohlene Reposition wird in den meisten Fällen wohl nicht zum Ziele führen. Das Abbinden möchte ich widerrathen, dagegen erscheinen mir die sonst üblichen Abtragungsmethoden, Messer, Cooper'sche Schere und die galvanokaustische Schneideschlinge nach Einführung eines Holzstäbchens in die Urethra gleichwerthig zu sein. Mit der Cooper'schen Schere kann man, nachdem man die Geschwulst im Ganzen etwas hervorgezogen, dieselbe sehr glatt abtragen. Auf etwas Blutung muss man gefasst sein. Das Nähen wird sehr erleichtert, wenn man einen Metallkatheter etwa 2 cm in die Harnröhre einführt, da man sonst in den blutenden brüchigen Geweben falsche Stellen zusammennähen könnte.

Diskussion: Herr Lomer hat ähnliche Fälle beobachtet. Ganz besonders erinnert er sich bei einer 74jährigen Dame, die an Harnbeschwerden und Blutungen litt, ein Stück Schleimhaut, welches er für einen Polypen gehalten hatte, entfernt zu haben. Die Blutung war sehr stark und musste mit Digitalkompressen und Liquor ferri-Watte bekämpft werden.

Herr Hotte hat ebenfalls beobachtet, dass die Exkrescenzen der Urethra bei älteren Frauen leicht und stark bluten und will dagegen Galvanokaustik angewandt sehen.

Herr Olshausen meint, dass das, was Herr Raether schildert, identisch sei mit den sogenannten Karunkeln der weiblichen Harnröhre.

Sitzung vom 20. August 1889.

Vorsitzender Herr Schütz; Schriftführer Herr Lomer.

1) Herr Schütz demonstrirt die Genitalorgane einer 43jähriger Nullipara mit primärer Tubentuberkulose. Die Kranke war Ende des vorigen Jahres auf die Abtheilung des Herrn Eisenlohr im neuen allgemeinen Krankenhause aufgenommen und ist daselbst am 8. Januar d. J. an allgemeiner Tuberkulose zu Grunde gegangen. Die Tuben sind beiderseits ganz gleich klein fingerdick aufgetrieben, gewunden, enthalten eingedickten weißgelblichen Brei. Beide Ovarien zu walnussgroßen käsigen Knoten umgewandelt; auf der Schleimhaut der hinteren Uteruswand ein 5pfennigstückgroßes tuberkulöses Geschwür.

2) Herr Schütz demonstrirt das Becken (mit Oberschenkeln und einigen Lendenwirbeln) von derselben Person; dieselbe war wegen hochgradiger Rachitis nie im Stande gewesen zu gehen, sie war noch nicht ein Meter groß und wog bei der Aufnahme in das Krankenhaus 25 kg. Die Form des Beckens, welches mit

anderen näher beschrieben werden wird, war die eines pseudoosteomalacischen Conjugata vera unter 6 cm.

3) Herr Schütz hält seinen angekündigten Vortrag: »Über einige Fragen aus der geburtshilflichen Operationslehre«.

In der ersten Frage: In wie weit rechtfertigen die bisherigen Resultate des Kaiserschnittes das Bestreben an Stelle der Zerstückelung des lebenden Kindes den Kaiserschnitt — »Kaiserschnitt bei relativer Beckenenge« — zu setzen? äußert sich S. nach kurzer Besprechung der Arbeiten von Wyder, Ditermann, Carus, Leopold und C. v. Brand im Sinne von Wyder, der diese Änderung in der geburtshilflichen Operationslehre noch für verfrüht hält.

In der zweiten Frage, betreffend die Wendung bei engem Becken, erklärt Redner nach theoretischer Entwicklung des Geburtsmechanismus und auf Grund ausgedehnter persönlicher Erfahrung, die Wendung bei einfach platten Becken, nicht allgemein verengten Becken, und auch dann nur bei Mehrgebärenden für indicirt. Bei Erstgebärenden solle man nach alter Erfahrung den Geburtsverlauf nicht wesentlich beeinflussen, sondern möglichst abwarten; auch seien die Verletzungen einer Primipara bei einer Wendung leicht beträchtliche und die Chancen für die Erhaltung des kindlichen Lebens geringer als bei Mehrgebärenden.

In dem dritten und letzten Theile des Vortrages bespricht Redner in Veranlassung des von Fehling empfohlenen Handgriffes zum Dammschutz die Vortheile des Ritgen und glaubt, dass derselbe bei Forceps in Narkose allem Übrigen vorzuziehen sei. Vortr. nimmt, wenn der Kopf apfelgroß in der Schamspalte fühlbar ist, die Zangenlöffel ab, nachdem er durch 2 in das Rectum bis an die Orbitaränder eingeführte Finger der linken Hand, den Kopf festgefasst hat und drückt denselben im Verlauf von 5—10 Minuten ohne Wehen heraus. Die Antisepsis wird durch das Eingehen in das Rectum desswegen nicht geschädigt, weil man nach der Geburt des Kopfes meist vollständig Zeit zu einer neuen Desinfektion der linken Hand hat, die übrigens im Nothfalle unterbleiben kann, da eine Berührung der Mutter mit der einen Hand nicht mehr nothwendig ist. Die Abnahme der Zangenlöffel vermindert den Umfang des Kopfes; der Kopf vollendet besser in natürlicher Rotation und kann zur Ausnutzung des Raumes fester in die Schamlage hineingepresst werden. Die Erhaltung der Weichtheile ist eine ganz ausgezeichnete.

An der Diskussion betheiligen sich die Herren May, Hoppe und Voigt.

---

6) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

Sitzung vom 17. März 1890.

Vorsitzender: Herr Sänger; Schriftführer: Herr Donat.

I. Herr Sänger: Nachruf auf C. Th. Litzmann, † 24. Februar 1890. Nicht nur in Würdigung seiner großen wissenschaftlichen Verdienste, auch als langjähriges Ehrenmitglied der Gesellschaft hat Litzmann Anspruch auf Ehrung seines Gedächtnisses. Mit seltener Beharrlichkeit hat er ein Menschenalter hindurch einen wichtigen und schwierigen Zweig der Geburtshilfe gepflegt, der von keinem Mitstrebenden gleiche Förderung erfuhr, die Lehre vom engen Becken. Er ist ein Klassiker dieses Gebietes geworden für alle Zeiten. Von seiner ersten Arbeit über das schräg-ovale Becken aus dem Jahre 1853 bis zum Jahre 1884, wo sein Hauptwerk, die Geburt beim engen Becken, erschien — ein weites Gebäude, errichtet auf dem von Michaelis und von ihm selbst vor mehr denn 20 Jahren gelegten Grunde —, aus dieser langen Zeit zeigen noch viele Einzelarbeiten von Detailstudien, die alle mehr oder minder zu dem Hauptthema, dem er die Arbeit seines Lebens gewidmet, in Beziehung stehen. Jeder Fachmann kennt die zahlreichen, besonders in der Monatsschrift für Geburtshilfe so wie im Archiv für Gynäkologie niedergelegten gediegenen Einzelarbeiten des Kieler Forschers, unter welchen die Aufsätze zur operativen Behandlung der Extrauterin-Schwangerschaft eigens hervorgehoben werden sollen, da sie eine Bewegung einleiteten auch zu besserer anatomischer Erkenntnis derselben, welche bald aller-

nden Ergebnissen und Erfolgen führte. Wohl sein letztes das er in der Muße der Zurückgezogenheit schrieb, war eine eicher, geläuterter Erfahrung zeugende Broschüre »über die uenkrankheiten«. Aber nicht nur die Gynäkologie, auch die tur beklagt in Litzmann einen herben Verlust, denn auch fachliche Arbeiten über Goethe und Geibel bereichert, ines für alles Schöne und Erhabene empfänglichen Sinnes, der l einseitige wissenschaftliche Thätigkeit nicht verkümmert um ihn Schüler und Freunde, Ärzte und Schriftsteller, vor ssen, die treu und dankbar gedenken, was er Großes für ihre cht hat.

›n über die Einwirkungen der Influenza auf ge- und gynäkologischem Gebiete.

ittet sich nur auf Mittheilung von Fällen, Beobachtungen und ken zu wollen, welche eine Einwirkung der Influenza auf die en lassen, jedoch nicht über das Vorkommen der Krankheit chlecht überhaupt sich zu verbreiten.

habe Ostern 1889 drei Frauen an schwerer Grippe behandelt, ie von Ende November bis Mitte März 1890 noch 60, darunter) Wöchnerinnen. Die Schwangeren boten keine von anderen bweichende Erscheinungen. Von den Wöchnerinnen starben 2. Woche nach normaler Geburt an Herzschwäche; eine im ersten Schwangerschaft (Zwillinge) von Grippe befallen, Ende ler schweren Niederkunft an Skorbut. Von Säuglingen, welche n der Seuche ergriffen wurden, starben zwei an Lungenent-

sei noch ein Fall, wo bei Mutter und Tochter am 1. Tage Influenza 8—10 Tage vor der erwarteten Zeit die Menstruation

.: In der Anstalt sind 7 Fälle von Influenza beobachtet worden. gestellt hauptsächlich aus dem Fehlen pathogener Keime in chnerin, Phthisica, welche mit schwerer Pneumonie aufgenommen wurde, starb am 4. Tag post part. praematurum. Die übrigen konnten am 10.—11. Tag entlassen werden. Von länger entbundenen Wöchnerinnen wurden nur 2 befallen.

Herr Littauer berichtet über 1 Puerpera, welche am Tage nach der Geburt von Influenza befallen wurde und lobuläre Pneumonie bekam. Genesung nach 3 Wochen. Beobachtete außerdem 2mal vorzeitiges Eintreten der Menses.

Herr Döderlein: Während von den Pfleglingen der Anstalt auffallend wenige erkrankten, wurden sämmtliche (5) Wärterinnen ergriffen und zwar nach einander, was den Gedanken an Kontagion nahe legt.

Herr Hertzsch gewann den Eindruck, als ob in der poliklinischen Praxis sich die Aborte gehäuft hätten.

Herr v. Tischendorf, auch in seiner Klinik sei es zu einer kleinen Hausepidemie gekommen, indem 4 Frauen erkrankten. Rasche Genesung.

Herr Huber: In den Monaten December und Januar habe sich auch sonst die Zahl der Aborte gesteigert.

Herr Sänger konstatirt, dass aus der Diskussion sich keinerlei für die Influenza specifische Einwirkung auf die Sexualorgane ergeben habe. Die berichteten Störungen kämen eben so bei anderen fieberhaften Infektionskrankheiten vor. Er selbst habe in Konsultation mit Kollegen Schellenberg einen tödlichen Fall von Influenza beobachtet bei einer schwächlichen VIpara, welche kurz vor dem Ende der Schwangerschaft erkrankte. Rasche, spontane Geburt. Zugleich Ausbildung einer doppelseitigen lobulären Pneumonie, welche unter Rückgang des Fiebers in die interstitielle Form überging. Beständig hochgradige Dyspnoe und Herzschwäche. Plötzlicher Tod an Herzlähmung in der 4. Woche p. p. — Die Rückbildung der Sexualorgane ging ganz normal von statten.

III. Herr Sänger: Kaiserschnittfragen (Ausführlich veröffentlicht Centralblatt für Gynäkologie 1890, No. 11, 12, 13).

IV. Herr Sänger: Demonstrationen.

1) Adnexa behaftet mit Peri-Salpingo-Oophoritis duplex aus nicht specifisch-infektiöser Ursache. Pat., ein 44jähriges Fräulein, war wegen schwerer Menorrhagien, bedingt durch ein kleines interstitielles Myom des Corpus im Laufe von 3 Jahren 4mal ausgeschabt worden, was wegen hochgradiger Anteversio retrofixata sehr schwierig auszuführen ging. Verlauf stets fieberlos. Nach abermaliger, langanhaltender und bedrohlicher Menorrhagie Salpingo-Oophorektomie und Glasgazedrainage. Dabei zeigten sich Residuen von Haematocele intraperitonealis, welche zu entzündlichen Verwachsungen der Adnexa geführt hatten. Ob dieselbe durch Gefäßberstung oder durch Perforatio uteri entstanden war, konnte nicht entschieden werden. — Glatte Heilung.

2) Kindskopfgroße einfache Dermoidcyste, welche, laut genauer Anamnese über 20 Jahre im Douglas eingeklemmt gelegen hatte, ohne merkliches Wachsthum darzubieten, Pat. war jahrelang auf »Exsudat im Douglas« behandelt worden. Leichte Ovariotomie. Keinerlei Verwachsung. Heilung.

3) Vorzeigung von Photographien und Holzschnitten des neuen von Eschbaum in Bonn nach Trendelenburg konstruirten Operationstisches für Beckenhochlagerung.

Sitzung vom 21. April 1890.

Vorsitzender: Herr Sänger; Schriftführer: Herr Donat.

I. Rechnungsablage.

Vorstandswahl: I. Vorsitzender, Herr Zweifel, II. Vorsitzender, Herr Hennig; Schriftführer, Herr Donat; Schatzmeister, Herr Clarus.

II. Herr Döderlein: Über Katgut-Desinfektion.

(Ausführlich veröffentlicht im Centralblatt für Gynäkologie No. 30.)

Diskussion: Herr Sänger: Er habe schon bei verschiedenen Gelegenheiten erklärt kein Freund von Katgut als ausschließliches Naht- und Ligaturmaterial zu sein, da die übrigen gebräuchlichen Nahtmaterialien, Silkworm, Silberdraht, Seide, jedes werthvolle Eigenschaften besitze, welche Katgut doch unter keinen Umständen alle in sich vereinigen könne. Das Katgut könne diesen höchstens koordinirt werden. — Silkworm lässt sich in verschiedenen sortirbaren Stärken und von völlig ausreichender Länge erhalten. Für gewisse Plastiken (Emmet'sche Operation, Blasenscheidenfisteln etc.) ist es unübertrefflich. Auch in der Bauchhöhle ist es verwendbar, wo es gilt eine sichere Verankerung des Uterus herbeizuführen; er habe es so ein Dutzend Mal bei Ventrofixation gebraucht. — Weicher, nicht legirter Silberdraht ist weitaus das beste Nahtmaterial für Dammplastiken: kein anderes giebt hier so schöne, lineare Narben.

Die Seide kann vermöge ihrer Struktur allerdings nur auf thermischem und chemischem Wege aseptisch hergestellt werden, aber in vollkommenster Weise. Der Kochprocess scheint sogar die Löslichkeit der Seide zu fördern. Dass in die Bauchhöhle versenkte Seide sicher vollständig resorbirt werde, sei durch seine eigenen Untersuchungen (Archiv für Gynäkologie 1886), so wie die von Thomson festgestellt. Bei einem Falle von wiederholter Laparotomie (Kastration) 1 Jahr später fand sich von den Ligaturstümpfen, der dicken Ligaturseide nicht mehr die Spur, der Uterus war vollkommen frei von Adhäsionen. Knopfnähte von Seide lassen sich gerade so in Wunden versenken wie Katgut. Er habe in einem Falle von Perineoplastik bei vollständigem Dammriss 10 Ligatures perdues von feiner Seide eingelegt und schönste Prima intentio erzielt. Plastische Operationen in der Scheide und am Damm dürften heut zu Tage überhaupt niemals misslingen, doch nur bei Verwendung von nicht resorbirbarem Nahtmaterial und engster Naht. Die Entfernung auch der abgelegensten Fäden bei ganz enger Scheide lasse sich einige Wochen p. o. leicht bewerkstelligen mit Hilfe einer Neugebauer'schen Halbrinne, 2 langen Klemmpincetten, die Faden für Faden vorholen, und einer schmalen doppeltgekreuzten Schere. Durch die von Herrn Döderlein geschil-

dirte Trockensterilisation scheint die schwierige Aufgabe der sicheren Desinfektion des Katgut gelöst: Seide aber sei auf nassem Wege doch ungleich leichter und einfacher aseptisch zu machen und aseptisch zu halten. Daher müsse er es auch für bedenklich halten trocken-sterilisirtes Katgut aus Fabriken zu beziehen.

Die Selbstbereitung von solchem ist aber für den Praktiker unmöglich: diesem bleiben, wenn er sich des Katgut bedienen wolle, nur die bisherigen unsicheren Bezugsquellen und chemischen Präparationsmethoden. Darum sei denn auch das Katgut noch weit entfernt die Seide (gedrehte, chinesische Seide — vor der geflochtenen, leicht zu verunreinigenden Turnerseide habe er früher schon gewarnt —) als wahrhaftes Einheitsmaterial für Ligaturen und Nähte, wo es auch sei, zu verdrängen. Denn geblieben sei dem Katgut trotz der Sterilisation seine unberechenbare, für die meisten Verwendungszwecke zu rasche Auflösung, während alle Versuche aus dem resorbirbaren Weichkatgut ein eben solches Hartkatgut herzustellen bisher gescheitert seien. Es habe ihn daher sehr gefreut, dass Herr Döderlein diese nachtheilige Eigenschaft des Weichkatgut gerade für den Kaiserschnitt zugegeben habe.

Denn überall, wo es sich darum handle, dass das Nahtmaterial die Wunden längere Zeit fest zusammenhalte, wie z. B. bei Vernähung von Myomstümpfen, von Bruchpforten, von Bauchwunden etc. sei es zum mindesten riskant Katgut zu nehmen. Gerade seine größte Tugend, die Resorbirbarkeit, ist daher auch sein größter Fehler.

Er werde daher der aseptischen Seide bis auf Weiteres treu bleiben, wenn er auch daneben Katgut recht wohl anwende, hauptsächlich bei Wunden der äußeren Bedeckungen, zu oberflächlichen Nähten, im Allgemeinen bei Wunden, welche keine länger dauernde Gegenpressung benöthigen.

Herr v. Tischendorf spricht sich gleichfalls zu Gunsten gemischter Verwendung von Seide und Katgut aus. Würde gern ausschließlich für letzteres sein, wenn es nur stets sicher zu desinficiren und länger haltbar wäre. Verwende Alkoholkatgut, das er sich selbst bereite. Frägt, ob das trocken sterilisirte Katgut nicht Feuchtigkeit anziehe, sodann, wie lange es sich sterilisirt halte.

Herr Döderlein: Das trocken sterilisirte Katgut könne allerdings hygroskopisch werden; bei Aufbewahrung in Reagensgläsern mit Watteverschluss sei Infektion ausgeschlossen.

Herr v. Tischendorf, Herr Littauer bezweifeln dies.

Herr Döderlein (fortfahrend), er greife keineswegs die Seide an wie Herr Sänger das Katgut, da erstere an der Klinik noch viel verwendet werde. Zu versenkten Nähten, zur Versorgung des Myomstumpfes werde allerdings Katgut genommen. Die Entfernung von Seidennähten aus der Tiefe der Scheide finde er doch umständlich. Dessen überhoben zu sein, sei keiner der geringsten Vorzüge des Katgut vor der Seide. Die trockene Sterilisation des Katgut sei übrigens keineswegs zeitraubend, da sie sich mit Hilfe eines Thermoregulators besorgen lasse.

---

7) Hochstetter (Wien). Ein Fall von Extra-uterin-Gravidität.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 19.)

Pat., 40 Jahre, alt hat 3mal normal (das letzte Mal vor 10 Jahren) geboren; niemals ernstlich krank. Die für Mitte December 1887 erwarteten Menses blieben aus; im Februar 1888 bemerkte Pat. ein Anwachsen des Bauches, am 2. April die ersten Kindesbewegungen. Nach 5monatlichem Bestehen der Kindesbewegungen hörten dieselben (Ende August) plötzlich auf, nachdem vorher Blut und fleischähnliche Massen durch die Vagina abgegangen waren. In den folgenden 2 Monaten ziemlich gutes Allgemeinbefinden. Ende Oktober heftige und ekelhaft stinkende Diarrhöen, die eine Verkleinerung des kolossal ausgedehnten Bauches herbeiführten, aber bis zur Aufnahme der Pat. ins Rudolfinerhaus (20. November) andauerten. Bei der Aufnahme ist das Abdomen stark, ziemlich gleichmäßig vergrößert (größter Umfang 92 cm), Nabel verstrichen; durch Palpation über der Symphyse ein mannskopfgroßer Tumor, in dem theils längliche, theils rundliche,

verschieden große, fast knochenharte Körper gefühlt v
fötalen Herztöne oder Kindesbewegungen. Vagina we
ext. für Zeigefinger passirbar. Der um ein Geringes
vertirt. Nachdem die Diagnose auf Extra-uterin-Schwa
und Perforation ins Rectum gestellt wurde, schritt
Der Bauchschnitt eröffnete, ohne in die Peritonealhö
Cavum, aus welchem jauchig fäkulent riechende Flüssig
geführte Hand bringt einen wohlausgebildeten faule
zu Tage. An der rechten vorderen Fläche der über
die morsche Placenta, die sich leicht und ohne Blutun
des Sackes sieht man eine kirschkerngroße, trichter
welche fäkulenter Brei kommt. Diese Perforation
scher Darmnaht geschlossen. Reinigung und Desinfi
derselben per vaginam, indem durch den rechten For
führt wird. Tägliche Creolin (½%ige)- Durchspülunge
sich Darminhalt im Cystensekret, welche Erscheinu
5 Wochen post operat. wird Pat., bis auf eine klein
entlassen.

Als ätiologisches Moment für diesen Fall besch
veranlasst durch puerperale Peritonitiden (trotzdem
Wochenbett ohne jede Störung anführt, Ref.). Hins
normalen Schwangerschaft spricht er sich mit einiger W
höhlenschwangerschaft aus, dabei offen lassend ob
Bauchhöhle sich festsetzte, oder nach Berstung eines t
dort weiter entwickelte.

8) **Boerner** (Graz). Über vaginale Totalexsti
tösen Uterus mit Beifügung eines gü
(Wiener klin. Wochenschrift 1889.

Nach Besprechung der wenig befriedigenden Pal
Carcinome — am besten bewährte sich energische Au
Jodoformgazetamponade — wendet sich B. zur Behandl
wobei er principiell für die totale Exstirpation, auch
mutterabschnitt ergriffen ist, eintritt. Hinsichtlich de
den Uterus in situ, ohne Umstülpung, bei starkem An

Was den mitgetheilten Fall anbelangt, so wäre zu
tion durch ein Netzwerk ungemein zahlreicher, feiner
des Corpus uteri erschwert wurde, indem dasselbe
Uterus schwieriger, die versuchte Umstülpung unmöglic
der vorderen Peritonealtasche irre führte.

9) **E. Blank** (Lyon). Beitrag zum Studiu
Albuminurie und Eklampsie in der S
(Lyon méd. 1889. September

1) Albuminuria gravidarum. Im Urine von hierv
sich zweierlei Mikroorganismen, deren pathogene Eige
erwiesen werden sollten. Erstens verschiedene Arten
flüssigend und nicht, sehr fein; in der Nährgelatine w
bildend, in Form von Punkten, kleinen Flecken, zuweil
ein kurzer, regelmäßiger Bacillus, 1—3mal so lang al
nach dem Alter und dem Nährboden verschieden, un
derart, dass Verf. glauben konnte einen Coccus vor
venöser Injektion schwangerer Kaninchen ergaben d
hervortretenden pathogenen Resultate. Der Bacillus,
verursachte, begleitet von Albuminurie, entweder bald
schwere Allgemeinerscheinungen, Verfall der Ernährun
ratur, etc.), später Schwellung, Gangrän an der Stell

...erscheinungen. Bei einem albuminurischen Thier wurde ein Bacillus aus dem ... ins Blut übergeführt, und erzeugte dort massenhafte längliche Kokken, zu ... oder drei oder in Ketten gruppirt, wie die später bei der Eklampsie zu ...ildernden.

... 2) Eklampsia gravidarum. Blut und Urin von 3 eklamptischen Frauen. Urin ... Gelatine, und nach Esmarch's Methode) stets gute Resultate, indessen mit ...er gewissen Langsamkeit. Blut auf Kalbsbrühe ergab in zwei Fällen — wo es ... der Höhe des Anfalls entnommen war — sehr rasch kräftige Kulturen. Die...ben bestanden aus länglichen Kokken oder besser kurzen Bacillen, mit kernartig ...getriebenen Enden, meist in der Gelatine Ketten bildend. In der, meist ver...igten Gelatine, bildeten die Kulturen kleine, gelbe, runde Punkte, die sich ...ch und nach vergrößerten; in anderen Fällen, bei unveränderter Gelatine, dicke, ...ite Formen. Aus Urin in Bouillon gezüchtete Kulturen, in die Vena auricularis ...es Kaninchens gebracht, ergaben Anurie und allgemeine Prostration, zwei spätere ...bertragungen, je nach 2 Tagen, auf dasselbe Thier erzeugten Albuminurie mit ...arker Störung des Allgemeinbefindens. Genesung, das Thier stellte sich als nicht ...chwanger heraus. Ein anderes, 18 Tage schwangeres, Kaninchen starb 10 bis ... Stunden nach der Übertragung aus dem Blute einer Eklamptischen gewonnenen ...ulturen, unter heftigen Konvulsionen und Ausstoßung von 1 oder 2 todten ...ungen. Ein anderes Thier, dem weniger und von älterem Material eingebracht ...urde, bekam nur Albuminurie, starke Abmagerung und warf vorzeitig. Im ...brigen wird, die Eklampsie betreffend, auf eine später erscheinende Arbeit des ...erf. verwiesen. **Zeiss** (Erfurt).

0) G. Braun (Wien). Über habituelle Inversio uteri in der Nachgeburtsperiode.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 1.)

Verf. kann aus eigener Erfahrung über 5 Fälle von Gebärmutterinversion be...chten, von welchen die 4. und 5. Beobachtung an ein und derselben Person ge...acht wurden. Im ersten Falle veranlassten heftige Hustenstöße bei Atonie des ...terus die Umstülpung und Prolaps desselben; im zweiten Falle gab eine Sturz...eburt bei aufrechter Stellung der Gebärenden durch Zug an der Nabelschnur die ...eranlassung zur Inversion; im dritten Fall war nur die Anwendung der Bauch...resse bei horizontaler Lage der Gebärenden und bedeutender Atonie des Uterus ...ie Entstehungsursache. Den Fall von »habituellem Vorkommen« wollen wir ...es Weiteren referiren. Im Jahre 1882 floss nach der spontanen Geburt eines ...ifen Kindes (3150 g) bei einer damals 20jährigen Ipara etwas Blut ab. Während ...ie Gebärende sich mit dem Becken hob, um das Wechseln des Leinenzeuges zu ...leichtern, wurde eine aus der Vulva sich vordrängende, von den umgestülpten ...it Blut gefüllten Eihäuten gebildete Blase sichtbar, die bald platze, wobei im ...hen Gusse ca. 1600 g Blut und unmittelbar darauf der invertirte Uterus hervor...stürzte. Über dem Scheitel der Geschwulst haftete die Placenta mit einem Theile ...rer Randpartie an. Bei der sogleich vorgenommenen Reduktion löste sich die ...Placenta, während die Inversionsgeschwulst schon auf leichten Druck in die Scheide ...urückschlüpfte und dort durch Reinversion der Cervixpartien kleiner wurde. ...Nach einer Minute gelang es durch den Cervix eine Seitenwand hinaufzuschieben, ...worauf dann die Reinversion schnell vollendet war. Zur Bekämpfung der Anämie ...mussten die unteren Extremitäten, nach vergeblichem Versuch aller anderen Mittel, ...mit Esmarch'schen Binden umwickelt und dieselben durch 19 Stunden liegen ge...lassen werden; überdies reichliche Flüssigkeitszufuhr per os et anum. Im Puer...perium Phlebothrombosen beider unteren Gliedmaßen, Erysipel von der Vulva über ...Nates und Oberschenkel sich ausbreitend und Parese der Unterschenkel. Pat. ...musste durch $3^1/_2$ Monate das Bett hüten. Die Erklärung für diesen Fall sucht ...B. darin, dass nach dem Zerreißen der Eihäute und dem plötzlichen Ergusse der ...Blutmenge eine momentane Erschlaffung der Uteruswand eingetreten sei, welche ...unterstützt durch die Schwere (600 g) der nahe am Grunde noch festsitzenden ...Placenta, wahrscheinlich, nachdem die Einstülpung des Fundus durch Zug an der

Placenta von Seite der wie ein geschwelltes Segel herabgedrängten Eihäute vorbereitet war, die Inversionsbildung ermöglichte. Dieselbe Person wurde wieder am 11. Februar 1887 kreißend aufgenommen und gebar sehr rasch ein ausgetragenes Kind (3300 g, 51 cm). Hingegen zog sich die Nachgeburtsperiode unter beständigem Blutabgang in die Länge, so dass nach ½ Stunde versucht wurde, die Placenta künstlich zu lösen. Die eingeführte Hand fand den Kuchen schon zum größten Theile in der Scheide liegend, eine handtellergroße Fläche aber war an der rechten Hälfte des invertirten Uterusgrundes adhärent. Vom Kontraktionsring war die linke Hälfte noch außerhalb des Bereiches der Inversion, während die rechte Hälfte bereits invertirt war. Nach erfolgter Lösung der Nachgeburt gelang es den Uterusgrund zu reponiren, währenddem die Placenta langsam herausbefördert wurde. Die rechte Hand und die Nachgeburt füllten dabei den Geburtsschlauch so vollständig aus, dass in die Gebärmutterhöhle keine Luft eindringen konnte, erst als die letzte Partie des Kuchens nahe am Scheideneingang angelangt war, drang mit lautem Geräusch Luft ein, nachdem unmittelbar vorher der Uterus unter der linken, von außen denselben kontrollirenden Hand plötzlich verschwunden war. Die Untersuchung zeigte, dass das Corpus und Collum uteri vollständig durch das Orific. ext. in die Scheide invertirt war. Die Reinversion machte, da die Erschlaffung des Uterus fortdauerte, keine Schwierigkeit. Gesammtblutverlust ungefähr 1200 g. Normales Wochenbett. Bei der Entlassung Uterus mäßig anteflektirt. Als Ursache der Inversion sieht B. für diesen Fall den negativen Druck, welcher durch das Herausziehen der Hand und Placenta herbeigeführt wurde, bei außerordentlicher Schlaffheit der Gebärmutter an. Leider ist von der Pat. nicht angegeben, ob, wann und wie dieselbe in der Zwischenzeit geboren hat.

Während B. für diese beiden Beobachtungen verschiedene Entstehungsursachen: Anwendung der Bauchpresse bei der ersten, negativer intraabdomineller Druck bei der letzten Geburt angiebt, hat C. Fürst diesen negativen Druck auch für erste Geburt angenommen, freilich nicht ohne dass diese Genese von J. Veit angezweifelt wird. **Torggler** (Innsbruck).

11) Herman und Goullet (London). Über die Streckung des Fötus in der zweiten Geburtszeit.

(Lancet 1889. Oktober 12.)

Die beiden Verf., Ärzte am »London General Lying in Hospital« bestätigen in ihrer Arbeit die noch nicht in die englischen Lehrbücher aufgenommene, von Deutschland ausgegangene, durch Litzmann, Schröder, Stratz, Hoffheins näher begründete Lehre, dass in der zweiten Geburtszeit das Vorrücken des vorliegenden Kindestheiles nicht durch Druck des Uterus auf das nach oben gelegene andere Ende der Frucht sondern durch Streckung der kindlichen Wirbelsäule und dem entsprechende Verlängerung der fötalen Längsachse erfolgt. In einer Tabelle sind 22 Geburten zusammengestellt, I—XIIpar. umfassend, bei denen je zweimal vermittels Tasterzirkels unter Beobachtung aller Kautelen von dem oberen Rande der Symphyse zu dem Gebärmuttergrunde während der Wehenpausen gemessen wurde, die erste Messung bei Stand des vorliegenden Kindestheiles im Beckeneingange, die zweite während er auf den Damm drückte. 20 Fälle betreffen Schädellagen; in 17 davon sind beide Maße gleich, in 3 beträgt die Symphysen-Gebärmuttergrunddistanz ¼—1 cm weniger bei Druck des Kindestheiles auf den Damm. Eben so in den beiden Fällen von Beckenwandlage, also in keinem der 22 Fälle mehr als 1 cm Differenz. Messungen während der Wehe, Kindestheil auf Damm drückend vorgenommen, ergaben durchweg ¼—½ cm höhere Werthe. **Herdegen** (Stuttgart).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger und Bericht über die Verhandlungen der 8. Abtheilung des X. internat. Kongresses zu Berlin.

Die Klinik verlangt eine Intensität so hoch wie möglich und mit Beginn der Schmerzen immer anhaltend. Der starke Strom mindert die Zeit der Kur der Fibrome. Der schwache Strom, wirksam gegen den Schmerz, ist im Allgemeinen unfähig gegen die Blutstillung. Ich wende zwischen 30 und 250 Milliampères an und halte 120 bis 140 Milliampères für die mittlere Dosis. Diese Behandlung kräftigt die Kranken und ergiebt ausnahmsweise ein Verschwinden des Tumors.

5) Diese Methode ist ungefährlicher als die Hysterektomie und die Kastration[1]. Sie ist die beste Behandlungsmethode für alle Fibrome.

6) Die 106 Fälle von Keith; 79 von Slaviansky; 200 von Sguenireff, die 600 von Apostoli, die meinigen und die anderen, welche in Europa und Amerika konstatirt worden sind, machen 2000 Fälle, welche für die intra-uterine Therapie sprechen.

(Aus der geburtshilfl.-gynäkologischen Klinik des Prof. N. N. Phenomenoff aus Kasan.)

II. Zur Technik der Operation des Kaiserschnittes.

(Vorläufige Mittheilung.)

Von

W. Stolipinsky.

Bei dem gegenwärtigen Stande der Lehre von der Technik der Operation des Kaiserschnittes ist die Bedeutung des Gummischlauches noch nicht entschieden. Einige halten den Gummischlauch als conditio sine qua non für die erfolgreiche Ausführung der Operation des Kaiserschnittes, die Anderen, im Gegentheil, finden ihn überflüssig, oder sogar schädlich wirkend auf die Gesundheit der Mutter und auf das Leben der Frucht. In Folge dieser Verschiedenheit der Meinungen beschäftigte ich mich mit der Litteratur über diesen Gegenstand und machte einige Experimente an Thieren zur Aufklärung der Frage von der Wirkung des Gummischlauches, einerseits auf die Kontraktion der Gebärmutter, und andererseits auf das Leben der Frucht.

Die Meinungen über diese Frage werde ich ausführlich in meiner Dissertation erörtern, jetzt aber theile ich nur jene Resultate mit, zu welchen ich nach Einsicht in die gesammelte Litteratur (91 Fälle) und nach meinen experimentellen Forschungen gekommen bin. Um einen richtigen Einblick in die Methode meiner Untersuchungen zu geben, werde ich kurz zwei Experimente beschreiben.

1) Die Anwendung des Gummischlauches bei dem Kaiserschnitt

---

[1] Statistik von Lucas Championnière: 1) Ablation des annexes pour corps fibreux (Myoma) 13,3%. 2) Gros corps fibreux (Myoma) avec Hysterektomie 42,85%. Bulletins de la société de chirurgie octobre 1889, p. 644.

ist gegenwärtig das allerbeste und richtigste Mittel zur Blutstillung aus der Gebärmutter während der Operation.

2) Alle anderen Mittel und Methoden, welche zur Stillung des Blutes bis jetzt gebraucht wurden, erreichen nicht immer ihren Zweck.

3) Das beste Verfahren zur Anlegung des Schlauches, im Sinne der Unschädlichkeit für die Mutter und die Frucht, wird dies sein, dass der Schlauch auf die Gebärmutter nach Durchschneidung des Bauchfelles angelegt und nach der Entwicklung der Frucht oder der Placenta zugezogen wird. Im letzten Falle nur dann, wenn die Blutung aus dem Durchschnitt der Gebärmutter nicht bedeutend und es demnach erlaubt ist, ein wenig mit dem Zuschnüren des Schlauches zu warten. Man kann bei einer solchen Anlegung, bis zu einem gewissen Grade, die schlechten Folgen vermeiden, welche man dem Gummischlauch zuschreibt: der nachfolgende Blutverlust, als Resultat der Atonie der Gebärmutter. Sein Einfluss auf die Frucht wird dabei ganz ausgeschlossen. Die Gebärmutter wird nur mit einer gewissen Kraft zugeschnürt, nämlich mit so viel Kraft, wie nöthig ist, um die Blutung zu hemmen. Außerdem wird die Zeit des Zusammendrückens durch den Schlauch bedeutend verkürzt. Bei günstigen Bedingungen (bei guter Kontraktion der Gebärmutter) kann der Schlauch nur zur Stillung der Blutung beim Auflegen der Nähte nöthig, oder ganz überflüssig sein, wenn keine starke Blutung stattfindet, wie es in den Fällen bei Hertzsch[1], Leopold[2] und Anderen war. Kurz gesagt, bei dieser Methode können wir je nach der Nothwendigkeit, resp. nach der Stärke der Blutung, den Schlauch mit gewisser Kraft im beliebigen Moment der Operation zusammenziehen. Wenn der Schlauch aber vor Entwicklung der Frucht angelegt ist, obgleich der Operateur vor Blutung im Augenblick des Durchschneidens sicher ist, so sind die schlechten Folgen der Anwendung des Schlauches (Asphyxia der Frucht und die Atonie der Gebärmutter) immer möglich. Denn einerseits kommt die Veränderung der Blutcirkulation in Betracht, andererseits ruft das starke und langdauernde Zusammenziehen der Gebärmutter durch den Schlauch die Atonie und den darauf folgenden Blutverlust hervor. Desshalb erkenne ich den Schlauch nicht als ein prophylaktisches Mittel, sondern als bluthemmendes während der Blutung an.

4) Eine Gummiröhre und eine kompakte Gummischnur können beim Kaiserschnitt in passenden Fällen durch Martin's elastisches Band mit Erfolg ersetzt werden.

5) Die Ursache der Atonie der Gebärmutter nach dem Gebrauch des Gummischlauches besteht hauptsächlich in der Blutleere dieses Organs.

6) Der Zustand der Frucht in Apnoë finden wir ausnahmsweise nur bei der Anlegung des Schlauches nach der Entwicklung der

[1] Arch. f. Gyn. Bd. XXXVII. Hft. 1. Fal. No. 7.
[2] Der Kaiserschnitt und seine Stellung etc. No. 19.

Frucht oder der Entfernung der Placenta, und dies dient zur Bestätigung dafür, dass die Operation des Kaiserschnittes in dieser Beziehung für die Frucht ganz gefahrlos ist.

7) Der Procentsatz der lebendigen (nicht asphyktischen) Kinder ist bei der Anlegung des Schlauches nach der Ausziehung der Frucht oder der Entfernung der Placenta größer (78,5%), als bei der Anlegung vor der Ausziehung der Frucht (57,1%).

1. Experiment.

Ein Hund.

Nach dem Bauchschnitt wurden beide schwangere Hörner herausgezogen. Der Schlauch ist auf dem linken Horn zugezogen. Durch den Schnitt, welcher höher über dem Schlauch gemacht wurde, sind, eine nach der anderen, 4 Früchte sammt ihren Placenten ausgedrückt. Dann wird das rechte Horn aufgeschnitten, aus dem drei Früchte ausgedrückt werden. Nachdem werden die Wunden des einen und des anderen Hornes zugenäht und der Schlauch gelöst (er lag 9' 50"). Beim Vergleich beider Hörner habe ich Folgendes beobachtet: das linke Horn stellt sich in Art eines Sackes mit schlaffen Wänden von bläulicher Farbe mit fast unmerklichen länglichen Strichen dar. Das rechte Horn war gut kontrahirt und stellte eine gekrümmte Röhre mit dicken röthlichen Wänden und deutlich bezeichneten länglichen Falten dar.

Die mechanische Reizung (das Anlegen des Schwammes an die symmetrischen Stellen des einen und des anderen Hornes) hat im rechten Horn deutliche peristaltische Bewegungen hervorgerufen, wobei die länglichen Falten größer wurden und ihre Zahl sich vermehrte.

Die elektrische Reizung (wie der starke so auch der schwache Strom) hat dieselben Erscheinungen, nur in schwächerem Grade, hervorgerufen.

Elektrische und mechanische Reizungen derselben Kraft, wie im rechten Horn, haben im linken Horn kaum bemerkbare peristaltische Bewegungen im unteren Theile des Hornes, über der Stelle der Schlauchauflage, hervorgerufen. Die Vergrößerung der länglichen Falten ist gar nicht bemerkbar gewesen. Nach diesen Beobachtungen wurden beide Hörner und ein Theil der herausgefallenen Gedärme in den Bauch wieder hineingelegt und die Bauchwunde mit seidenen Nähten zugenäht. Dann wurde der Verband aufgelegt. Der Verband bestand aus einem Streifen Jodoformgaze, welche auf die Wunde mit Gummikollodium angeklebt war.

Die Früchte waren nicht ausgetragen und zeigten nach der Entwicklung nur Athembewegungen, welche sehr selten und schwach waren. Besonders selten war das Athmen bei den ersten Früchten der beiden Hörner (mit Zwischenräumen von 1—10 Minuten). Die Früchte starben in folgender Ordnung. Zuerst starb die 1. Frucht aus dem rechten Horn, 2) die 1. aus dem linken, 3) die 3. auch aus dem linken, 4) die 4. aus dem rechten, 5) die 2. aus dem linken, 6) die 2. aus dem rechten und 7) die 3. aus dem rechten Horn. Wir sehen aus diesem Experimente, dass die Wirkung des Schlauches auf die Muskulatur der Gebärmutter sich in einer Art starker Atonie des zugeschnürten Hornes geäußert hat. Was die Früchte anbetrifft, so ist betreffs der Wirkung des Schlauches auf sie, die Lebenslänge der Früchte bei diesem Experimente wichtig. Aber bevor ich irgend welche Folgerung mache, schließe ich die erste aus dem rechten Horn entwickelte Frucht aus, weil sie, wegen dem Durchschnitt der voranliegenden Placenta unter ganz anderen Bedingungen, als alle anderen Früchte, kam. Da aber vor allen anderen die aus dem linken Horn (mit dem Schlauch) entwickelten Früchte gestorben waren, so gebe ich zu, dass diese Früchte früher, als die anderen, wegen des Schlauches starben.

2. Experiment.

Eine Katze.

Nach dem Bauchschnitt werden beide Hörner herausgezogen. Danach wurden alle Gefäße auf dem linken Horn mit der Pincette zusammengedrückt (Aa. uterinae und A. spermatica inter.). Um diese Gefäße vor dem starken Trauma der

Pincette zu schützen, waren auf die Enden der letzteren weiche Gummiröhren aufgelegt und das Zusammendrücken der Gefäße nur mit einer solchen Kraft ausgeführt, wie es zum Abhalten des Blutstromes nöthig war. Alsdann werden durch das Aufschneiden im unteren Segment des Hornes nach einander drei Früchte sammt ihren Placenten ausgedrückt. Danach wird auf das untere Segment des rechten Hornes der Schlauch gelegt. Hier sind gleichfalls durch den Schnitt, welcher höher über dem Schlauch gemacht war, nach einander zwei Früchte mit ihren Placenten ausgedrückt. Die Wunden des einen und des anderen Hornes werden zugenäht. Beim Vergleich beider Hörner war der Unterschied, welchen man in den Fällen gewöhnlich findet, wo der Schlauch nur auf irgend eins der Hörner angelegt war, nicht mehr zu beobachten. Beide geleerten Hörner waren schlaff und bleich. Im linken Horn herrschte die bläuliche Farbe vor. Beim Befühlen der Wände beider Hörner waren sie gleich dünn. Die länglichen Falten, welche gewöhnlich in Folge der Muskelkontraktion erscheinen, waren nicht zu bemerken. Die mechanischen und elektrischen Reizungen haben keine bemerkbaren Kontraktionen erzeugt. Eine gleiche Zeit (18 Minuten) die Pincette auf das linke und den Schlauch auf das rechte Horn haltend, wurde das eine und das andere entfernt. Gleich darauf wurde eine scharfe Veränderung in der Färbung beider Hörner bemerkt, sie rötheten sich schnell, wobei viele arterielle Stämme klar durch das Peritoneum durchschienen. Die Wunde des einen und des anderen Hornes blieben dennoch bis zum Ende des Experimentes eben so schlaff und dünn. Die mechanischen und elektrischen Reizungen haben kaum bemerkbare und nur seltene Kontraktionen hervorgerufen. Danach sind beide Hörner in die Bauchhöhle wieder zurückgelegt und diese letztere zugenäht worden. Die Wunde wird mit Jodoformgaze und Kollodium bedeckt. Die Athembewegungen der Früchte waren gleich nach ihrer Ausziehung sehr schwach und selten (die Zwischenräume der Athemzüge bis 5—6 Minuten). Eine halbe Stunde nach der Ausziehung wurden die Früchte nach einem kalten Ort gebracht. Bei vier war der Athem danach noch seltener und schwächer, bei zwei (der 2. Frucht aus dem rechten Horn und der 1. aus dem linken) — öfter, wobei sich Bewegungen in den Endpunkten zeigten. Aber nach einer Minute wurde das Athmen bei den letzten 2 Früchten wieder seltener und die Bewegungen hörten auf. Die Früchte starben in folgender Reihe: 1) starb die 1. Frucht aus dem rechten Horn, 2) die 2. aus dem linken, 3) die 3. aus dem linken, 4) die 2. aus dem rechten, 5) die 1. aus dem linken Horn.

Also erhielt ich in diesem Experimente eben solche Resultate — die Atonie des einen und des anderen Hornes. Die Früchte, nach dem Typus des Athmens und der Reihefolge ihres Sterbens zu urtheilen, waren dem Anscheine nach bis zur Entwicklung unter denselben Bedingungen.

---

1) **Alfred Hegar** (Freiburg i. B.). Zur puerperalen Infektion und zu den Zielen unserer modernen Geburtshilfe.

(Sammlung klinischer Vorträge No. 351.)

Das Resultat seiner großen Erfahrung hat H. in dem vorliegenden Vortrage an der Hand der amtlichen »Statistischen Mittheilungen für das Großherzogthum Baden« niedergelegt. Es muss mit Recht auffallen, dass die Sterblichkeitsziffer des Wochenbettes, oder genauer die Zahl der Todesfälle während der ersten 21 Tage nach der Geburt, in Baden seit 40 Jahren fast vollständig gleich geblieben ist. Die Lehre von der Selbstinfektion hat die Geburtshelfer in zwei Lager getheilt; ihre Anhänger gehen sehr aktiv vor, indem sie die Innenfläche der Scheide und des Mutterhalses wie ein Operationsfeld reinigen und alles leicht zersetzbare Material entfernen. Die, welche die Wichtigkeit der Selbstinfektion gering schätzen, werden

Alles daran setzen, die Übertragung der Gifte von außen zu verhindern und desswegen die Einführung der Finger und Instrumente in das Genitalrohr so viel als möglich beschränken. H. ist der Ansicht, dass die Geschichte der Geburtshilfe gerade auf diesen letzteren Weg hinweise. Aus der badischen Statistik gehe zur Genüge hervor, dass die Einführung der antiseptischen Maßregeln und Vorschriften bei den Hebammen, denen doch die ungleich größere Zahl von Geburten zufalle als den Ärzten, bis jetzt keine vortheilhaften Folgen gehabt hat, ein bedauerlicher Zustand, als deren Ursache er nur den durch die antiseptischen Manipulationen, besonders durch die vorgeschriebenen Einspritzungen geförderten Eintritt pathogener Mikroorganismen in den Sexualtrakt und die durch die Vorschriften zur Desinfektion begünstigte Vielthuerei allein verantwortlich machen möchte. Als das erstrebenswerthe Ziel unserer modernen Geburtshilfe würde er es ansehen, wenn es die Hebammen unterließen, bei gewöhnlich verlaufenden Geburten zu touchieren. Einmal sei es meist unnöthig, da die Hebamme durch sehr sorgfältige äußere Untersuchung, durch genaue Beobachtung der Gebärenden hinsichtlich Allgemeinbefinden, Respiration, Puls, Temperatur, Wehenthätigkeit, Blasensprung u. dgl. leicht herausbringen kann, ob und wann eine innere Exploration, wenn die Herbeiziehung ärztlicher Hilfe angezeigt sei; andererseits schade das Touchieren den Schwangeren und Kreißenden mehr, als es dem Wissen der Hebamme nützt; denn es geschehe meist bloß zum Scheine, weil viele dieser Personen überhaupt nicht innerlich untersuchen können; auch lasse sich die äußere Untersuchung weit ausgiebiger lehren und einüben, da sie bei Weitem nicht so leicht Nachtheile im Gefolge hat, wie die innere Untersuchung, in welcher Hebammenschülerinnen in der Mehrzahl der Anstalten selbst in Kursen von Jahresdauer die nöthige Übung nicht erlernen können, da ihre Vorsteher die Gesundheit und das Leben ihrer Schwangeren zu berücksichtigen haben. Das nachträgliche Erlernen in der Praxis dagegen ist für die zum Studium benutzten Weiber zu gefährlich. Die allgemeine Hygiene des weiblichen Geschlechtslebens und insbesondere des Wochenbettes, das sei das ersprießlichere Feld der Thätigkeit für Hebammen. — Außerdem aber weise ein in der Freiburger Frauenklinik vorgekommener Fall darauf hin, auf die Reinlichkeit der Bettwäsche und der Unterlagen die denkbar peinlichste Sorgfalt zu verwenden. **K. Ruhemann** (Berlin).

---

2) **Edmund Andrews.** Eine Studie über den Sitz von 7881 primären Carcinomen im Verhältnis zur Wahrscheinlichkeit des Vorhandenseins eines Krebs-Mikroorganismus.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1889. November 23. p. 738.)

Die Thatsache, dass die meisten primären Krebse an solchen Stellen sitzen, welche durch irgend welche Verhältnisse dem Eindringen von Sporen aus der Außenwelt besonderen Vorschub leisten,

führt Verf. für die Wahrscheinlichkeit des Bestehens einer Krebsmikrobe ins Feld. Er übersieht dabei, dass es gerade diese Örtlichkeiten sind, an welchen der Übergang des Platten- oder Horn-Epithels in das Cylinder-Epithel stattfindet, und dass es gerade dieses anatomische Verhältnis zu sein scheint, welches die besondere Neigung zur Krebsentwicklung bedingt. Für uns hat aber seine Statistik einen anderen, und zwar eben rein statistischen Werth, so dass einige der Zahlen angeführt zu werden verdienen, welche aus Amerika London, Paris und Wien zusammengestellt sind.

Während auf sämmtliche Abschnitte der Ernährungsorgane, zusammen 3379, darunter auf den Magen 1945 Fälle kommen, weist der Uterus allein 2308 auf, die weiblichen Genitalien 2417, ausschließlich der Brüste, welche mit 1232 Fällen aufgeführt sind, so dass also im Ganzen 3649 Krebserkrankungen auf die weiblichen Genitalien entfallen. Mithin übertrifft die Zahl der Erkrankungen an den letzteren noch die an den Ernährungsorganen beider Geschlechter zusammen und macht fast die Hälfte sämmtlicher primären Krebserkrankungen überhaupt aus. **Lühe** (Demmin).

---

3) **Steward**. Wann muss man die Zange gebrauchen und welche Form derselben ist die beste.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1889. November 30. p. 770.)

S. hat sich eine Zange anfertigen lassen, bei welcher der Zug an einem besonderen Handgriff geübt wird, jedoch ist derselbe anders konstruirt, als der an den Achsenzug-Zangen. Er ist nämlich unbeweglich an einem in der Mitte mit einem Gelenk versehenen Bügel angebracht, welcher an den Zangenlöffeln befestigt ist. Wird nun an dem Handgriff nach Anlegung der Zange gezogen, so wird der gewünschte Zug ausgeübt und zugleich werden die Zangenlöffel gegen den Kopf angedrückt. **Lühe** (Demmin).

---

4) **Fry**. Die Anlegung der Zange an den quer oder schief stehenden Kopf nebst Beschreibung einer neuen Zange.

(Journ. of. the Amer. med. assoc. 1889. November 9. p. 651.)

Wenn bei quer oder schief stehendem Kopf die Zangenblätter wie gewöhnlich in den Seiten des mütterlichen Beckens angelegt werden, so wird sehr häufig trotz starker Traktionen der Kopf nicht folgen und nur die Kraniotomie übrig bleiben, falls nicht die Wendung noch möglich ist. Es sollten daher bei diesen Kopfstellungen die Zangenblätter an den Seiten des Kindskopfes angelegt werden. Allein hierbei hindert die Krümmung der Zange eher, als dass sie nützt. Daher hat man sich zuweilen der Zangen mit geraden Armen bedient. Allein auch hiermit ist der Zug schwer in richtiger Achse zu bewirken. Daher hat F. sich eine Zange mit auf die Fläche gebogenen Blättern konstruirt, welcher er noch ein Zugblatt mit Handgriff nach Art der Tarnier'schen Zange beigegeben hat. Mittels die-

ser Zange gelingt es dann leicht, die ausgebliebene Drehung zu bewirken und den Kopf zu entwickeln. **Lühe** (Demmin).

---

5) **Wagner.** Cocain während der Geburt.

(Therap. gaz. 1889, November 15. p. 733.)

Wenn der Muttermund sich nur langsam erweitert und dabei schmerzhafte Wehen auftreten, bedient sich W. des Cocains in Form von Scheidensuppositorien. Wenn nöthig, verwendet er deren 2 im Zwischenraum von 1—$^1/_2$ Stunden, jedes enthält 0,12—0,20 Cocain. Unter dieser Behandlung soll die Erweiterung des Muttermundes und damit die Geburt vorzüglich gefördert und zugleich die Wehen, so wie auch namentlich die andauernden Kreuzschmerzen gehoben werden. **Lühe** (Demmin).

---

6) **Farrell Easmon.** Newbouldia laevis, ein neues Arzneimittel.

(Prov. med. journ. 1889. December 2. p. 708.)

Verf. ist an der Westküste von Afrika als Arzt thätig und fand daselbst die Rinde von Stamm und Wurzel eines daselbst von den Eingeborenen zu Einzäunungen verwandten, zur Familie der Bignonien gehörigen Baumes, Newbouldia laevis, gegen Milztumor und Blutungen nach der Geburt im Gebrauch. Er findet sie überall wirksam, wo es sich um Zusammenziehung und Tonisirung der organischen Muskelfaser handelt, und empfiehlt sie außer bei jenen Zuständen auch bei dysenterischen Darmleiden. Doch muss man bei Frauen vorsichtig mit ihrer Anwendung sein wegen ihrer entschiedenen Wirkung auf den Uterus, welche Menstruation und Abort bewirken kann. Näheres ist abzuwarten, Gerrard in London fand kein Alkaloid darin. Es wird als Dekokt oder Fluid extract verwendet.

Lühe (Demmin).

Kasuistik.

7) Sitzungsberichte der geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 17. September 1889.

Vorsitzender: Herr Schütz; Schriftführer: Herr Lomer.

Herr Kiderlen hält seinen angekündigten Vortrag über den Übergang von pathogenen Mikroorganismen von Mutter auf Kind.

Der Vortrag ist in den »Fortschritten der Medicin« 1. September 1889 im Druck erschienen.

Diskussion: Herr Lomer findet es auffällig, dass wohl Staphylokokken auf die Frucht übergingen, nicht aber Typhusbacillen und fragt den Vortr., ob und wie er sich dieses erkläre.

Herr Kiderlen antwortet, dass es dafür bisher keine Erklärung gebe. Vielleicht seien die Bedingungen für den Übergang der verschiedenen Mikroorganismen verschieden.

Herr Raether wirft die Frage auf, ob Mikroorganismen vielleicht durch die Tuben in den Uterus und von da in das Ei gelangen.

Herr Schütz bespricht den Einfluss des Typhus auf die Gravidität überhaupt. Die Schwangerschaft wurde in dem verschiedensten Alter der Früchte durch die Krankheit unterbrochen und zwar müsse man bei diesen Unterbrechungen unterscheiden:

a) Solche Fälle: in denen der Abortus durch das Absterben der Frucht resp. des Eies eingeleitet wird,

b) solche Fälle, in denen die hohe Temperatur der Mutter Wehenerregung bewirkt und dadurch den Abortus veranlasst.

Herr Fränkel stimmt dem zu, giebt aber zu bedenken, dass es vielleicht Ptomaine, also chemisch gelöste Gifte seien, durch welche zuweilen der Fötus getödtet wird. Fränkel erwähnt einer Typhusepidemie in Triborg. Unter 63 Schwangeren des Ortes waren 11 am Typhus erkrankt. Von 10 existiren genaue Krankheitsgeschichten. Unter diesen 10, haben 7 abortirt und zwar in den verschiedensten Zeiten der Schwangerschaft.

Herr Rathgen ist der Ansicht, dass klinisch betrachtet die meisten Aborte bei Schwangeren in den ersten Wochen des Typhus eintreten. Herr R. sah eine Hochschwangere mit Variola. 7 Tage nach dem Ausbruch des Exanthems gebar dieselbe gesunde Zwillinge, die sofort geimpft wurden. 5 Tage nach der Geburt bekam das eine Kind und 7 Tage nach der Geburt das andere Kind Variola.

Herr Lomer citirt aus den Fällen von Komplikation der Gravidität mit Typhus, die er beobachtete, folgende 2 Fälle: Eine Schwangere im 4. Monat wurde von einem sehr schweren Typhus befallen. Sie lag wochenlang bewusstlos mit einer dauernden Temperatur von 40°. Einmal hatte sie sogar 41,5°. Trotzdem blieb das Kind am Leben und wurde am Ende der Schwangerschaft zwar klein und mager aber doch lebensfrisch geboren. Es ist also nicht richtig, wie manche Lehrbücher behaupten, dass eine dauernde Temperatur der Mutter von über 40° sicher den Tod des Fötus zur Folge habe. Der andere Fall war folgender: Eine 29jährige Frau bekommt im 5. Monat ihrer 8. Schwangerschaft einen Typhus und lag 11 Wochen daran schwer erkrankt danieder. Die Frucht starb ab, das Ei wurde aber nicht ausgestoßen, sondern musste nach ca. $^1/_2$ Jahr, weil unregelmäßige starke Blutungen auftraten, künstlich in Narkose entfernt werden.

Herr Raether ist der Ansicht, dass nicht die Höhe der Temperatur an sich für die Frucht gefährlich sei, sondern das rapide Ansteigen derselben, und erwähnt, dass in der letzten Typhusepidemie er 6 Fälle gesehen, in denen Schwangerschaft mit Typhus komplicirt war ohne Unterbrechung der Gravidität. Einer dieser Fälle verlief sehr schwer.

Sitzung vom 15. Oktober 1889.

Vorsitzender: Herr Hotte; Schriftführer: Herr Lomer.

Herr Kiderlen citirt folgende Fälle aus dem allgemeinen Krankenhause, in welchen Sublimat als Ausspülungsmittel post partum zur Anwendung kamen.

1) Ein junges Mädchen wird pulslos ins Krankenhaus gebracht. Sie hat außerhalb einen Abortus im 4. Monat durchgemacht. Zahlreiche Schüttelfröste lassen auf schwere Sepsis schließen. Entfernung von Eihautresten aus dem Uterus und sechsmalige intra-uterine Ausspülung mit einer Lösung von 1 : 2000 Sublimat. Heilung.

2) Eine am 4. Wochenbettstage am schweren Puerperalfieber Erkrankte wird ebenfalls seehsmal mit 1 Liter 1 : 2000 Sublimat intra-uterin ausgespült. Unter dem Bilde der Sepsis mit profuser Diarrhoe erfolgte nach 5 Wochen der Exitus. Es fand sich bei der Sektion ein haselnussgroßer Abscess im Parametrium, eine eitrige Mastitis und typische diphtheritische Sublimatintoxikationserscheinungen am Darm. Letztere Affektion will Herr K. nicht als alleinige Todesursache, sondern als Komplikation der Sepsis aufgefasst wissen. Der Darm wird demonstrirt.

Herr Lomer warnt vor Sublimat als intra-uterines Ausspülungsmittel. Mehr wie 20 Frauen seien bereits ein Opfer dieser Therapie geworden.

Herr Fränkel. Diphtheritische Veränderungen bei Septischen sind selten und meist nur oberflächlich, weil die Kranken der Sepsis erliegen, bevor der diph

theritische Process seinen Höhepunkt erreicht. Es sei gefährlich Sublimatlösungen in den puerperalen Uterus zu bringen Angesichts der großen vorhandenen Wundfläche, wenigstens müsse man mit indifferenten Lösungen, wie mit Salicyllösung, nachspülen. In dem von Kiderlen beschriebenen Falle habe er die Nieren untersucht, ohne darin Kalkablagerungen zu finden. Auch in den übrigen ähnlichen von ihm secirten Fällen habe er solche vermisst.

Herr Raether spült mit Sublimat nur in der Koncentration von 1 : 6000 und nicht nach der Entbindung.

Herr Kümmell sah Sublimatintoxikationen bei zwei gynäkologischen Pat., bei einer Myomexstirpation und bei einer Totalexstirpation wegen Carcinom. Beide Frauen seien sehr anämisch gewesen. Er glaubt ohne toxische Desinfektionen auch zum Ziel kommen zu können und wendet Sublimat zum Spülen nur in der Koncentration von 1 : 10 000 an.

Herr Lomer hält seinen angekündigten Vortrag über Perineoplastik nach Lawson Tait.

Nach Erörterung der früheren Methoden der Dammplastik beschreibt er das neue Verfahren und rühmt die Einfachheit desselben und die Schnelligkeit, mit welcher es ausführbar ist. Mit Schere, Pincette und Nadelhalter könne man in 1/4 Stunde mittels 4—5 Nähte (die sämmtlich außen am Damm liegen) thatsächlich dieselben Resultate erreichen, wie mit den früheren komplicirten stundenlangen Anfrischungsmethoden mit ihren schwierigen nach 3 Seiten gerichteten Nahtmethoden.

Herr Lomer hat 5mal nach dem Lawson Tait'schen Verfahren operirt, einmal heilte die Wunde nicht ganz p. primam. Er lässt die Kranken nach der Operation täglich ein mildes Laxans nehmen und verordnet dreiwöchentlichen Bettaufenthalt. Während dieser Zeit wird die Wunde gar nicht angerührt, um die Heilung nicht zu beeinträchtigen.

Diskussion: Herr Strack hat die eine der von Herrn Lomer operirten Kranken nachträglich entbunden. Der Damm ist nicht wieder eingerissen, obgleich der Kopf des Kindes recht groß war.

Herr Raether hat nur einmal nach Lawson Tait operirt und zwar mit befriedigendem Erfolg. Von mancher Seite wird dem Verfahren nachgesagt, dass die damit erzielten Dämme sehr dünn seien und dass der After tief retrahirt, gleichsam wie am Ende eines Trichters liegend erscheine.

Herr Kümmell stimmt dem gespendeten Lobe über das Verfahren bei. Es gäbe kaum in neuerer Zeit eine andere Operation, die so genial erdacht sei, wie diese. Herr K. legt versenkte Katgutfäden in die Tiefe der Wundfläche. Ob der Damm dick oder dünn werde, das habe man ganz in der Hand, je nach der Ausdehnung der Scherenschnitte. Auch als Schlussoperation nach der Kolporrhaphia posterior sei die Methode von Nutzen. Er habe nur gute Resultate damit erzielt. Seine Operirte lässt er ebenfalls 3 Wochen liegen.

Herr Levy sah Herrn Prochownick 32mal nach Lawson Tait operiren. 13 dieser Fälle heilten nicht per primam. Diese Resultate sprächen nicht für die Methode. Seitdem wieder nach Hegar-Simon angefrischt werde, ist der Heilungsverlauf ein normaler.

Herr Kümmell und Herr Lomer sind der Ansicht, dass mangelhafte Heilung p. primam intentionem nicht dem Verfahren zur Last zu schieben sei.

Sitzung vom 29. Oktober 1889.

Vorsitzender: Herr Hotte; Schriftführer: Herr Strack.

Herr Wahncan (als Gast) demonstrirt Sektionspräparate einer am Puerperalfieber verstorbenen Wöchnerin.

Herr Schütz legt Kurven vor von Puerperalfieberkranken und bespricht die Therapie, die er in derartigen Fällen anzuwenden pflegt.

Sitzung vom 26. November 1889.

Vorsitzender: Herr Hotte; Schriftführer: Herr Lomer.

Herr Lomer berichtet über folgenden Fall und demonstrirt die dazugehörige Placenta:

Er war zu der Entbindung engagirt bei einer 32jährigen Ipara, welche ihre Regel zuletzt am 8. Januar gehabt hatte und demgemäß am 15. Oktober ihrer Niederkunft entgegensah. Am 22. September, also ca. 3 Wochen vor dem Endtermin ihrer Schwangerschaft, untersuchte Herr Lomer die Schwangere auf deren Wunsch und fand den Kopf tief im kleinem Becken stehen, er äußerte sich dem entsprechend, dass die Gravidität ihrem Ende nahe und dass die Entbindung in spätestens 4 Wochen zu erwarten sei.

Die erwarteten Wehen blieben indessen an dem betreffenden Termine aus. Am 7. November, also mehr als 3 Wochen nach dem sowohl der Rechnung als der Untersuchung entsprechenden Ende der Schwangerschaft, stellten sich Nachmittags um $4^1/_2$ Uhr ganz plötzlich und ohne irgend eine äußere Veranlassung ganz ungemein heftige Kindesbewegungen ein, so dass, wie die Dame äußerte, es war, als ob das Kind sich mehrmals gewaltsam um und um gedreht habe. Darauf wurde es dann plötzlich still und seitdem wurden keine Kindesbewegungen mehr gefühlt.

Drei Stunden nachdem traten dann plötzlich heftige Wehen ein. Dieselben waren so stark und folgten einander so häufig, dass die Kranke sogleich das Bett aufsuchen musste.

Als Herr Lomer $1^1/_2$ Stunden später — um 9 Uhr — bei der Gebärenden eintraf, fand er bei der Untersuchung den Muttermund ganz verstrichen, ein Umstand, der ihm besonders auffiel, da es sich um eine 31jährige Ipara handelte und die Wehen doch nur $1^1/_2$ Stunden gedauert hatten. Es war offenbar der Muttermund unter dem Einfluss ganz abnorm heftiger Wehen eingerissen. Demgemäß floss auch etwas Blut ab; Fruchtwasser war nicht abgegangen und eine Blase wölbte sich noch nicht vor. Der Kopf stand in der 1. Lage, und zeigte an den Knochenrändern resp. an den Nähten eine schlaffe Konsistenz, wie man sie bei lebenden gesunden Früchten nicht findet. Herztöne waren trotz eifrigen Horchens nicht zu hören. Es wurde demgemäß die Diagnose auf intra-uterines Absterben des Kindes gestellt und den Angehörigen die Ansicht geäußert, dass wahrscheinlich das Leben der Frucht bereits am Nachmittage erloschen sei, und dass vielleicht dieses erst Anlass zu dem Eintritt der Wehen gegeben habe.

Um $3^1/_4$ Uhr, als der Kopf zum Einschneiden kam, wurde erst die Fruchtblase wahrnehmbar. Bei der Spannung derselben flossen 4—5 Esslöffel voll klarer, nicht meconiumhaltiger Flüssigkeit ab. Es war dies alles Fruchtwasser, welches bei der Entbindung überhaupt abging. Um $3^1/_2$ Uhr wurde ein frischtodtes Kind mit in ganz geringem Grade schlotternden Kopfknochen geboren. Es war 3950 g schwer und 53 cm lang. Nach Geburt des Kindes floss eine große Menge dickflüssiges zähes Meconium aus dem Uterus. Da die vor dem Kopf befindliche Fruchtwassermenge nicht meconiumhaltig war, so war offenbar die Eihöhle durch den im Becken feststehendem Kopf in zwei getrennte und nicht mit einander kommunicirende Hälften getheilt gewesen — eine Beobachtung, die physiologisch nicht ohne Interesse sein dürfte.

Die Placenta folgte nach ca. $^1/_2$ Stunde auf Expression. Dieselbe zeigte absolut keine andere Anomalie als die, dass die Venen an der kindlichen Seite ganz außerordentlich prall und dick sind. Es verlaufen mehrere kleinfingerdicke Gefäße nach dem Nabelstrang. Irgend eine andere Anomalie, wie z. B. Hämatom als Zeichen vorzeitiger Lösung der Placenta oder Nabelschnurverschlingungen, Nabelschnurknoten, wodurch das Absterben hätte erklärt werden können, fehlten vollständig.

Fasst man den Fall noch einmal in seinen Eigenthümlichkeiten zusammen, so kann man nur sagen, es handelt sich um eine übertragene Frucht, die aus unbekannter Ursache abstirbt und deren Tod erst die Ursache des Weheneintrittes abgab. Bemerkenswerth dabei war die sehr geringe Fruchtwassermenge und die pralle strotzende Beschaffenheit der Placentagefäße. Die Sektion des Kindes wurde nicht gemacht. Im Munde und Rachen der Frucht war Meconium. Die Nägel überragten die Fingerspitze weit, die Ohrknorpel waren mäßig hart.

Herr Lomer vermag den Fall nicht zu deuten und stellt ihm zur Seite eine

ähnliche Beobachtung von Rigler, die im Schröder'schen Lehrbuch 8. Aufl. p. 485 Erwähnung findet: »4 Wochen nach dem erwarteten Termin wurde ein 10¼ Pfund schwerer todter Knabe geboren mit sehr entwickelten Haaren und Nägeln. Das Fruchtwasser fehlte fast vollständig.«

Diskussion: Herr Olshausen glaubt, dass möglicherweise die geringe Menge Fruchtwasser einen Druck auf die Nabelschnur verursacht habe und dass desshalb das Kind abgestorben sei.

Herr Lomer erwiedert, dass diese Erklärung hier kaum zulässig sei, weil das Kind gestorben sei zu einer Zeit, wo noch gar keine Wehen vorhanden waren, wo also ein erheblicher Druck kaum ausgeübt werden konnte. Außerdem sehe man doch Kinder bei abgeflossenem Fruchtwasser tagelang in der Geburt verweilen bei den stärksten Wehen, ohne dass desshalb die Nabelschnur derartig komprimirt werde.

Herr Aly sucht die Ursache des Todes in der Aspiration von Meconium.

Herr Lomer konnte in der That feststellen, dass Meconium verschluckt worden war, glaubt aber, es läge näher dies so aufzufassen, dass es im Todeskampf geschehen sei.

Herr Hotte meint, dass vielleicht eine Verkalkung der Gefäße der Placenta die Ursache der Unterbrechung der Cirkulation und somit des Todes der Frucht gewesen sein könnte.

Herr Lomer berichtet ferner über folgende zwei geburtshilfliche Fälle:

1) IIpara, zuletzt normal niedergekommen vor 3½ Jahren. Letzte Periode 23. Januar. Erwartet am 30. Oktober. Am 1. September plötzlich starke Blutung Nachts während des Schlafes. Dieselbe steht spontan. Muttermund geschlossen, Kind lebend. Am 6. November spontane Geburt in 2. Gesichtslage, ohne Blutung; Kind 4150 g schwer; Placenta enorm groß, mit handtellergroßer Placenta succenturiata. An letzterer Reste eines alten Blutergusses. Der Eihautriss reichte auch hier heran, so dass dieser Theil der Placenta durch seinen tiefen Sitz wohl Veranlassung zu der Blutung in der Schwangerschaft gegeben hatte. Auffällig war die Kürze der Nabelschnur. Dieselbe war nur 28 cm lang, vielleicht war sie Ursache der Gesichtslage, vielleicht war es das Haematom an der Placenta, ähnlich wie z. B. durch Tumoren Gesichtslagen bedingt werden können.

2) 21jährige Ipara, Frau eines Arztes, erwartet ihre Niederkunft am 5. Oktober. Am 7. August plötzlich sehr heftige und ganz außerordentlich schmerzhafte Wehen unter Blutabgang. Eine Veranlassung für den Eintritt der Frühgeburt ließ sich nicht nachweisen. Der prall ausgedehnte Uterus, die Anämie der Kreißenden, der Blutabgang bei Fehlen einer Placenta praevia, endlich das Nichtvorhandensein von Herztönen und die atypischen, ungemein schmerzhaften Wehen ließen zusammengenommen die Diagnose auf vorzeitige Placentalösung stellen. Die Geburt einer frischtodten Frucht und einer Placenta, der ein faustgroßer Bluterguss an der mütterlichen Seite derselben anhaftete, bestätigten die Annahme. Im Urin war kein Eiweiß. Es blieb somit die Ursache der Placentalösung unaufgedeckt.

Diskussion: Herr Schütz erwähnt anlässlich des letzten von Herrn Lomer beschriebenen Falles, dass er zweimal ante partum die Diagnose auf vorzeitige Lösung der Placenta aus einem der hierfür ganz charakteristischen Symptome stellen konnte. Beim ersten Falle war die Gebärende bei Schütz' Ankunft den intrauterinen Blutungen bereits erlegen. Die Anämie und der pralle Uterus nebst den begleitenden Umständen konnten nur für vorzeitige Lösung der Placenta sprechen.

In dem anderen Falle erzielte Schütz durch die Sprengung der Blase und Accouchement forcée Stillstand der Blutung und Genesung.

Herr Hotte sah in seiner eigenen Familie einen ähnlichen Fall.

Herr Windmüller berichtet über folgenden Fall von Melaena neonatorum.

Bei einer IVpara hatte er nach einer ganz leichten Entbindung bemerkt, dass das Kind mit Blut vermischtes Meconium entleerte. Am Abend desselben Tages blutiges Erbrechen, das sich mehrfach wiederholte. Windmüller gab, von der Voraussetzung ausgehend, dass eine kapilläre Blutung der Magenschleimhaut vorliege, Liq. ferri mehrmals täglich 1 Tr. und sah das Kind genesen. Als ätiologi-

sches Moment citirt Herr W. den frühzeitigen Wasserabfluss bei der Geburt und die sehr starken Wehen, wodurch, seiner Meinung nach möglicherweise durch Druck eine innere Verletzung bei dem Kinde vorgekommen sein mag.

Herr Hotte glaubt, die Erosion habe in diesem Falle bereits vor der Geburt an der Magenschleimhaut bestanden.

Herr Voigt sah bei einem Säugling mehrmals blutige Stühle und konnte beobachten, dass die Erscheinung jedes Mal in Zusammenhang zu bringen war mit einer psychischen Erregung der stillenden Mutter. In der Muttermilch war Blut sicher nicht vorhanden bei derartigen Gelegenheiten; es musste sich also doch um eine durch psychischen Einfluss bedingte Alteration der Milch gehandelt haben.

---

8) **F. Trossat** (Châlons-sur-Saône). Störungen im Urogenitalsystem in Folge der Influenza.

(Lyon med. 1890. März 30.)

Bei zwei Frauen, die nie bisher über Blasenerscheinungen irgend welcher Art geklagt hatten, beobachtete T. heftige Cystitis, die allerdings nach 6—8 Stunden wieder verschwand; ob mit oder ohne dagegen verwendete Mittel ist nicht gesagt. — Eine chronische Trippercystitis erfuhr eine akute Verschlimmerung von 8 Tagen. Chronische Katarrhe wurden unter Vermehrung des Eitergehaltes im Urin wieder akut. Alle Exacerbationen oder Neuerkrankungen erwiesen sich als vorübergehend, einer einfach antiphlogistischen lokalen Behandlung weichend. Ihr Beginn fiel regelmäßig mit dem akuten Einsetzen der Influenza zusammen.

Bezüglich der Menstruation wurden die verschiedenartigsten Störungen beobachtet was Zeit, Menge und Befinden dabei anbetrifft, die alle einzeln aufzuführen nicht hierher gehört. In mehreren Fällen konnte T. den Eintritt von Abort oder Frühgeburt direkt auf den Beginn der Influenza zurückführen.

Zeiss (Erfurt).

9) **Joboulay** (Lyon). Laparotomie wegen Darmocclusion.

(Lyon med. 1890. März 30.)

Nach starkem Trauma akute Peritonitis, Pat. moribund. Incision, Lösung von abschnürenden Adhäsionen, Heilung. **Zeiss** (Erfurt).

10) **Fred. W. Kidd** (Dublin). Über einen Fall von kompletem Prolaps des Cervikaltheiles des Uterus, kurz vor einer rechtzeitigen Geburt.

(Dubl. journ. of med. science 1890. Januar.)

Die Bezeichnung »kompleter Prolaps des Cervikaltheiles« ist ungünstig gewählt, als geeignet, eine sichtende Zusammenstellung derartiger Fälle unnöthigerweise noch zu erschweren.

Der Fall selbst ist folgender: 31 Jahre alte seit 9 Jahren verheirathete Frau, die 3mal ausgetragene Kinder geboren und 5mal abortirt hat. Bei der ersten Geburt ein mäßiger Dammdefekt; aber nie Prolaps oder auch nur darauf bezügliche Klagen gehabt. Mehrere Tage vor der dann rechtzeitigen Geburt trat unter wehenartigen Schmerzen ein Tumor aus den Geschlechtstheilen heraus, von der Größe des Eies einer Truthenne. Die Wehen hielten mit Pausen an, in den Pausen ging der Tumor jedes Mal wieder etwas zurück; schließlich trat er unter heftigen Presswehen bis etwa halb zu den Knieen herunter, so dass ihn die herzugerufene Wärterin für den Kindskopf hielt, von allerdings ungewöhnlich gerötheten und rauhen Eihäuten überzogen. Verf. fand den Tumor etwa 3 Zoll vor der Vulva stehend; $3^1/_2$—4 Zoll dick, bestehend aus Cervix und invertirter Scheide. Stand des Fundus nicht angegeben. Os externum, in der Mitte, offen, für den Finger durchgängig; auch der innere Muttermund weit geöffnet, hindurch drängt sich die schlaffe Blase; kein Kindestheil zu fühlen. Die Muttermundslippen (d. h.

der untere Cervixabschnitt) waren je 1½ Zoll dick; die Blutgefäße zum Platzen gestaut. Ein Repositionsversuch gelang; dabei wurde eine vorliegende Hand gefühlt. Kopf in der linken Fossa iliaca, Herztöne rechts vom Nabel. Keine Neigung zum wieder Heraustreten; Anordnung geeigneter Lagerung. In der Erwägung, dass etwa die Entbindung rasch, ehe der Cervix abgeschwollen, eintreten könnte: kombinirte Wendung auf den Steiß, um eine allmählichere Dehnung zu erzielen. Nach 3 Tagen, während deren alle Schmerzen und Wehen sistirt hatten, war auch der Cervix zu normalem Verhalten zurückgekehrt und es wird nun durch äußere Wendung der Kopf über den Beckeneingang gebracht; das Kind nach 48 Stunden, nach 3½stündiger Wehenthätigkeit lebend geboren. Auch hierbei, so wie auch seitdem in der bisher verflossenen Zeit, hat Pat. keine Andeutung eines Wiedereintritts des Prolapses dargeboten. **Zeiss** (Erfurt).

11) **Daniel Mollière** (Lyon). **Behandlung der Varicen mit koagulirenden Injektionen.**

(Lyon méd. 1890. März 30.)

Nachdem Pat. behufs praller Füllung der Varicen ½ Stunde herumgegangen ist, werden oberhalb einer mäßig fest angelegten Binde mittels doppelkanüliger Pravaz'scher Spritze einige Tropfen folgender Lösung eingebracht: Jod 1, Tannin 9, Wasser 200. Auf die Stichöffnung Jodoformkollodium; dann bleibt der oder die Kranke unter Belassen der Binde am Bein 14 Tage liegen. Mit diesem allerdings nicht neuen, aber wohl erneuter Empfehlung bedürfenden Verfahren sollen ausgezeichnete Erfolge erreicht worden sein. **Zeiss** (Erfurt).

12) **R. Bukowski.** **Über Enukleation solider Uterustumoren mittels Gebärmutterwandspaltung (Martin'scher Kaiserschnitt).**

(Nach einem Vortrage in der Warschauer ärztlichen Gesellschaft am 7. Mai 1889.)

(Gaz. Lekarska 1889. 33 S. [Polnisch].)

I) 18jähriges Judenmädchen G. H., virgo intacta, seit dem 14. Jahre menstruirt, litt seit 1 Jahr an starker Menorrhagie, in letzter Zeit an Harnretention wegen Incarceration der Blase durch ein interstitielles Myom. Stetig zunehmende Anämie, mehrmonatliches Krankenlager mit häufigen Blutungen, gefolgtem Ausfluss aus der Scheide, hohem Fieber. Tumor überragt den Nabel und reicht bis unter den Schambogen. Chloroformexploration. »Submuköses Fibroid der hinteren Wand, Einkeilung im kleinen Becken, beginnende Druckgangrän«. Am 24. August 1888 Laparotomie. Nach Spaltung der hinteren Uterinwand stumpfe Ausschälung des Tumors, die große Höhle zieht sich stark zusammen. Uterinhöhle nicht eröffnet. Starke Blutung in dem schwer zugänglichen Grunde der Wundhöhle, Etagennaht der Wundhöhle, nachdem der Boden des Myombettes, tief ins kleine Becken hinabreichend, mit Jodoformgaze ausgestopft war. Schluss der Bauchhöhle, dann von der Scheide her Incision der hinteren Lippe und Cervixwand, bis das Bett des entfernten Myoms eröffnet war und ein Ende der vorher daselbst eingestopften Jodoformgaze zur Scheide hinausgeleitet werden konnte. Scheidentampon. Verlauf stürmisch, vom 3. Tage an Eiterung durch die Scheide mit Fieber. Statt Gaze Glasdrain eingelegt von der Scheide aus. 2mal täglich Spülung mit Borsäure und Sublimat (1 : 5000) 4 Wochen lang bis zur völligen Heilung. Bauchdeckenabscess unterhalb des Nabels. Bauchdecken-Uterusfistel, wahrscheinlich Vereiterung nach Infektion von der Scheide her. 2 Drains in die Abscesshöhle, Spülungen, nach 6 Wochen Heilung. Nach 5 Monaten trat Periode ein, normal, schmerzlos, Parametrien frei. Port. vag. kurz, Muttermund weit geöffnet, 1280 g schweres Fibromyom von 14 und 15 cm Durchmesser mit beginnendem Zerfall in der Mitte.

II. S. K., 42jährige Judenfrau, 20 Jahr steril verheirathet, hat seit 2 Jahren Geschwulst bemerkt, die jetzt wächst, Kreuzschmerzen macht. 2—3wöchentliche starke Blutungen. Anämie, Puls 120. Muttermund geschlossen, Sondiren misslingt. Diagnose nach Chloroformnarkose: ein gelapptes oder zwei einzelne interstitielle Fibroide, beginnende Incarceration und Anämie durch Blutverluste.

13. Februar 1889 Operation: 3 Myome getrennt gefunden, Verwachsung der hinteren Uterusfläche mit Blinddarm, hinterer Wandschnitt erschien unmöglich. Vor dem Schnitt, bei der Enukleation des größten tief liegenden Tumors, zerriss die hintere Uteruswand und es musste supravaginal amputirt werden. Der hintere Riss so weit er unterhalb des Köberlé'schen Konstriktor lag, wurde mit einigen tiefen Seidennähten geschlossen. Extraperitoneale Fixation des Stumpfes nach Umsäumung mit Peritoneum parietale der Bauchwunde.

Sehr schwerer Verlauf, Abends Collaps + 36,2° C. Puls filiform. Kochsalzlösung Clysmata, Kognak mit Milch, Äther. Fieber und Schüttelfröste 8 Tage lang, Pneumonie zur Zeit, wo ohne Operation die Periode hätte eintreten sollen. Am 19. Tage fiel der nekrotische Stumpf fast ab, in der 9. Woche geheilt entlassen. Am 7. Tage Blutung aus dem Stumpfe, die Ligatur konnte nicht so tief um den Stumpf angelegt werden, dass das ganze mäßige Myombett mitgefasst wurde, der unterste Theil desselben lag unterhalb der Ligatur und in ihm hatte sich — gegen die Bauchhöhle war der Riss der hinteren Uteruswand durch 4 Seidennähte abgeschlossen worden — das Blut angesammelt, was jetzt heraustrat. Am 28. Tage nach der Operation wieder Fieber + 41,0° C., Frost und Nephritis, Urämie, Collaps. Am 40. Tage nach der Operation Fieberanfall, Schweiße und allmähliche Genesung. Tumoren von 1640, 300 und 390 g, Fibromyome.

Es folgt eine genaue Analyse der verschiedenen Operationswege, B. ist kein Anhänger der Exstirpation p. vaginam, wegen der damit verbundenen Gefahren (Fälle von Worth, Schroeder, Atlee, Schultze, Martin), sondern Anhänger des Bauchschnittes, speciell des sogenannten Martin'schen Kaiserschnittes bei Tumoren der Uterinwand ohne Eröffnung der Uterinhöhle. Wo jedoch die Uterinhöhle bei der Enukleation eröffnet wird, zieht er die supravaginale Amputation nach vollzogener Enukleation des Tumors vor nach der Methode von Breisky — Schroeder — Albert, will somit die Martin'sche Enukleation nach Kapselspaltung nur beibehalten für die Fälle von Tumoren der vorderen Uteruswand, wo a) die Uterinhöhle nicht eröffnet wurde, b) wo es möglich ist, die Wände des Myombettes mit den Rändern der Bauchwunde zu vernähen und die Höhle des Myombettes gleichsam extraperitoneal zu behandeln. Sobald jedoch der Tumor der hinteren oder einer Seitenwand angehört, supravaginale Amputation mit externer Stielbehandlung. B. sieht also in dem Martin'schen Kaiserschnitt eine technische Erleichterung der Myomotomie und Supravaginalamputation weittragendster Bedeutung, sie gäbe den Weg, um auch solche Tumoren zu exstirpiren, deren Exstirpation bisher weder von der Scheide aus sich durchführen ließ, noch durch die einfache Supravaginalamputation (tief ins Collum herabreichende Tumoren). Sehr genaue Besprechung des Für und Wider der einzelnen Operationsmethoden und Geschichte der sog. Martin'schen Operation. Folgt die bisherige Kasuistik von 62 Fällen (Martin 16 + 5, Schroeder 9, Ruge 2, Veit 1, Hager 1, Fraenkel 2, Freund 1, Albert 20, Kosinski 3, Bukowski 2 etc.).

Für 7 Fälle Ausgang unbekannt, für die 55 Fälle 10 Todesfälle (18,2%), während bei Myomotomie Sterblichkeit 23—35—40%. Bei Operation nach Martin 40 Fälle mit 9 Todesfällen (30%), bei Operation nach Martin-Albert 25 Fälle mit 1 Todesfall (4%). Genaue Beschreibung der Technik und der Kautelen bei Anwendung des Schlauches. Zum Schluss Indikationsstellung.

Per vaginam sind zu operiren:

1) Gestielte Neoplasmen, leicht zugänglich von Scheide und Muttermund her mit oder ohne ad hoc Vereiterung der letzteren.

2) Neoplasmen, die nach der Höhle zu wachsen oder theilweise geboren sind.

3) Die theilweise in Zerfall begriffenen Tumoren und die, die sich in einer Sitzung entfernen lassen.

Für alle anderen Neoplasmen des Uterus verlangt B. die Laparotomie mit Martin'scher Enukleation nach Kapselspaltung. Nach Spaltung der Kapsel will B.:

a) Uterus konserviren, sobald man das Myombett extraperitoneal behandeln kann (die Ränder der Höhle in die Bauchwunde einnähen kann).

b) Uterus konserviren, wo seine Höhle nicht eröffnet ist, Hämostase (Albert) garantirt ist und Antiseptik gesichert (Martin, Zweifel).

c) Wo die Uterinhöhle eröffnet, der Uterus stark beschädigt ist oder recidivirende Myome zu befürchten sind, amputiren mit extra- oder intraperitonealer Stielbehandlung.

d) Bei Zerfall, trotz möglicher Uteruskonservirung doch amputiren und Stiel extraperitoneal behandeln. **F. Neugebauer** (Warschau).

13) **Hopko Mancholt.** Zur geburtshilflichen und gerichtsärztlichen Bedeutung der Schultze'schen Schwingungen.

Inaug.-Diss., Göttingen, 1890.

Das Schlussresultat der Arbeit ist folgendes: Bis jetzt haben wir kein einziges Merkmal, welches mit Sicherheit bewiese, dass ein Kind lebendig geboren war. Nur da, wo man Schultze'sche Schwingungen ausschließen kann, können wir durch die alte hydrostatische Lungenprobe ziemlich sicher entscheiden, ob eine Athmung stattgefunden oder nicht. **G. Middeldorpf** (Breslau).

14) **M. Graefe.** Über die gonorrhoische Infektion beim Weibe und ihre Behandlung.

(Sep.-Abdr. aus dem Korrespondenzblatt des Vereins der Ärzte im Reg.-Bez. Merseburg und Herzogthum Anhalt. 1890. No. 1.)

Der im Wesentlichen Bekanntes geschickt zusammenfassende Vortrag G.'s schließt mit dem Bericht über 2 Operationen, wo die Uterusadnexe wegen gonorrhoischer Erkrankung entfernt werden mussten. Beide Fälle heilten, doch entwickelten sich im ersten große Exsudate um die Tubenstümpfe, welche nicht mit dem Paquelin durchtrennt waren, weil der Apparat nicht funktionirte.

G. Middeldorpf (Breslau).

15) **L. Fellner.** Klinische Beiträge zur Thure-Brandt'schen Behandlung der weiblichen Sexualorgane.

Wien, **W. Braumüller,** 1890. 87 S. 48 Abbildungen.

14 klinisch genau beobachtete Fälle; die entzündlichen Affektionen ergaben bei der Behandlung die besten Resultate, nur theilweiser Erfolg war bei Scheidenvorfällen zu konstatiren und bei Lageveränderungen des Uterus, ein Fibroid und 2 Fälle von totalem Prolaps wurden resultatlos behandelt. Druck und Papier der Broschüre sind vorzüglich. **G. Middeldorpf** (Breslau).

16) **A. Grünfeld.** Über die anatomischen Veränderungen bei chronischer Sphacelinvergiftung.

(Sep.-Abdr. aus Arbeiten des pharmakologischen Institutes zu Dorpat Bd. IV. 1890.)

G. bestätigt die von v. Recklinghausen beschriebenen Veränderungen an den Kämmen von Hähnen, die mit Extrakt. sphacelinicum »Kobert« und Acid. sphacelinicum »Gehe« vergiftet waren. Die Cirkulationsstörungen bestehen in Dunkelviolettwerden und dann Schwarzwerden des Kammes und auch der Bartlappen und führen zur echten Gangrän, welche durch eine im Sinne v. Recklinghausen hyaline Degeneration des Grundgewebes des Kammes und der Arteriolen so wie deren Inhalt bedingt ist. Die Gefäßwandungen erscheinen verdickt und zeigen zwischen Intima und Adventitia einen hyalinen Glanz. Das Gefäßlumen ist von einem zum Theil aus Blutkörperchen, zum Theil aus hyalin degenerirten Massen bestehenden Thrombus erfüllt. 2 Abbildungen sind beigefügt.

G. Middeldorpf (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger und Bericht über die Verhandlungen der 8. Abtheilung des X. internat. Kongresses zu Berlin (Bogen 3 u. 4).

(beim zweiten Zwilling) eine Querlage, so gelingt die äußere Wendung fast stets, namentlich aber führt die bimanuelle Wendung

schnell zum Ziel. Er scheint demnach der letzteren den Vorzug zu geben.

Es mag mir nun vergönnt sein, hier für meine Ansicht einzutreten, dass beim 2. Zwilling die innere Wendung fast stets zu vermeiden ist und, wenn es angeht, grundsätzlich durch die äußere ersetzt werden sollte.

Die äußere Wendung des 2. Zwillings misslingt bei stehender Blase und normalem Becken wohl niemals. Durch die Geburt des ersten Kindes sind die Bauchdecken entspannt, der Uterus ist geräumig, es gelingt spielend leicht, eine Geradlage herzustellen, und nach Sprengung der Blase die Frucht in dieser zu fixiren. Ist die Blase bereits gesprungen, so kann man noch von der äußeren Wendung Erfolg erwarten, so lange nicht kräftige Wehen die Schulter in das Becken getrieben haben. — Etwaige Nachtheile der äußeren Wendung bei nur einer Frucht, so namentlich die längere Dauer der Geburt, haben für den 2. Zwilling weniger Bedeutung. Die Früchte pflegen klein zu sein, die Weichtheile sind vorbereitet und es liegt im Belieben des Geburtshelfers, durch Expression die Geburt zu beschleunigen oder, wenn erforderlich, auch in kürzester Frist zu beenden.

Vorzuziehen ist, wenn es sonst angeht, die äußere Wendung vor der inneren, weil bei ihr die Infektionsgefahr eine geringere ist. Ist dies schon bei jeder einfachen Geburt der Fall, so doppelt beim 2. Zwilling. Die Sauberkeit, welche man beim Eingehen in den Uterus von der zu Entbindenden, von den Unterlagen und Geräthen verlangen muss, ist namentlich in der ärmeren Praxis, nach der Geburt des ersten Kindes schwer zu erreichen. Andererseits sind stets wenn auch noch so kleine Verletzungen am Introitus, in der Vagina oder am Muttermunde zu erwarten, welche etwa eingeführtem Infektionsmaterial eben so viele Eingangspforten in das Gewebe eröffnen. (Auch die große Gefährlichkeit der manualen Placentarlösung beruht wohl nur zum Theil darauf, dass die Hand mit der Innenfläche des Uterus in Berührung kommt. Man lernt es ja bald, die Placenta unter dem Schutze der Eihäute loszuschälen. Gleichwohl bleiben Fälle von Infektion hier nicht aus, weil die äußeren Bedingungen für eine saubere Ausführung der Operation fehlen und weil die Hand einen Geburtsweg zu passiren hat, der durch die Geburt der Frucht Quetschungen und sonstige Verletzungen erlitten hat).

Das Material der Arbeit Strassmann's ist der klinischen und poliklinischen Thätigkeit der Berliner kgl. Universitäts-Frauenklinik entnommen und umfasst die 12 Jahre vom 1. April 1876 bis zum 1. April 1888. Vom 1. April bis zum 1. November 1888 hatte ich als poliklinischer Assistent derselben Klinik (Herr Geheimrath Olshausen) 37 Zwillingsgeburten zu leiten und zwar unter Verhältnissen, die denen der Stadtpraxis im Gegensatz zu der klinischer Institute annähernd gleich kommen. Unter den 37 Fällen stellte sich

12mal die 2. Frucht in Querlage. Zweimal (W.-S. 1888/89 J.-No. 204 und 217) handelte es sich um Frühgeburten, bei denen die Früchte durch Selbstentwicklung geboren wurden. Es bleiben somit 10 Querlagen bei reifen Früchten. Die äußere Wendung wurde 6mal (S.-S. 1888. No. 119, 336, 541, 709, 863, 1001) ausgeführt und zwar 4mal auf den Kopf, je einmal auf den Steiß bezw. die Füße. Im 7. Falle (767) führte die äußere Wendung nicht zum Ziele und es wurde die kombinirte angewandt. Die innere Wendung wurde nur 3mal ausgeführt. In einem dieser Fälle (463) wäre sie vermuthlich zu vermeiden gewesen; sie wurde von meinem Vertreter bei stehender Blase ohne den Versuch, mit äußeren Handgriffen auszukommen, vorgenommen. Bei den beiden anderen Fällen (706, 643) war die Blase vor 2, bezw. 4 Stunden gesprungen und die Schulter in das Becken eingetreten. Der letztere dieser Fälle bietet ein ganz besonderes Interesse.

Ich fand bei der 43jährigen Vpara 4 Stunden nach der Geburt des ersten Kindes den hart kontrahirten Uteruskörper klein und beweglich, hochstehend. Das untere Segment war stark gedehnt und in ihm lag deutlich palpirbar die Frucht. Herztöne waren nicht aufzufinden, da indessen genügend Spielraum vorhanden war, so verzichtete ich auf die Zerstückelung der Frucht und führte mit größter Vorsicht und unter beständiger Kontrolle von außen die Umdrehung allein im unteren Segmente aus.

Mit Ausnahme dieses letzten Falles wurden die 10 Kinder lebend geboren und zwar bei den 6 Fällen mit äußerer Wendung 15, 25, 35 Min., 1, 1 und 2 Stunden nach dem ersten Zwilling. Von den Wöchnerinnen hatten No. 643 (Wendung im unteren Segment) und No. 767 (kombinirte Wendung) vorübergehend eine Temperatur über 38°; die übrigen Wochenbetten verliefen ungestört, auch bei No. 863 (äußere Wendung), obwohl hier der Thermometer intra partum 40° gezeigt hatte. — Vorliegen und Vorfall der Nabelschnur habe ich bei den 37 Zwillingsgeburten 2mal notirt (860 und 424).

Im letzteren Falle handelte es sich um eine Frühgeburt im 8. Monat (Syphilis). Der Praktikant fühlte die Nabelschnur bei vorhängender Blase pulslos, konnte indessen über die Lage der Frucht keine Klarheit gewinnen. Erst aus dem Vorhandensein von Herztönen neben der schlaffen, pulslosen Nabelschnur stellte ich die Diagnose auf Zwillinge, von denen der erste (abgestorben) in Fußlage, der zweite in Schädellage geboren wurde. —

Bei dem klinischen und poliklinischen Material Strassmann's stehen 6 Fälle mit erfolgreicher äußerer Wendung 92 Fällen mit innerer Wendung gegenüber. Von meinen ausschließlich poliklinischen Fällen wurden 6 durch äußere und (nach Abzug eines vom Vertreter erledigten Falles) nur 2 durch innere Wendung beendet. Für die Häufigkeit der inneren Wendung in früheren Semestern mag der Grund geltend gemacht werden, dass die so leicht ausführbare Wendung des 2. Zwillings gern dem Praktikanten als Übungsfall übertragen würde. Ich glaube aber auch darin einen Gewinn sehen zu müssen, wenn der Praktikant es lernt, das immerhin eingreifende Verfahren der inneren Wendung durch geschickte äußere Handgriffe

zu vermeiden. Von meinen 6 Fällen äußerer Wendung des 2. Zwillings wurden 5 allein vom Praktikanten und ohne Beihilfe des Assistenten erledigt.

---

1) **Truzzi** (Mailand). Oligohydramnion.

(Separatabdruck aus Gazz. med. lomb. Mailand 1889.)

Aus seinen vergleichenden litterarischen Studien und eigenen klinischen Beobachtungen zieht Verf. folgende Schlüsse:

In einigen Fällen kann das Fruchtwasser fast ganz fehlen oder doch außerordentlich spärlich, zuweilen dickflüssig, fadenziehend, schleimig sein.

Der Mangel an Fruchtwasser scheint mit einer allgemeinen Hypertrophie des Fötus, bei sehr geringer Muskelthätigkeit desselben Hand in Hand zu gehen.

Bei den mangelhaften Kenntnissen über den Ursprung und den physiologischen Funktionen des Fruchtwassers lässt sich nicht feststellen, ob die unvollständige Entwicklung der Frucht die Folge oder die Ursache des Oligohydramnions sei. Vielleicht sind beide Annahmen richtig; denn wenn das Fruchtwasser theils mütterlichen, theils fötalen Ursprunges ist, ist es denkbar, dass der Wassermangel die Frucht schädigen kann (Amnionfaden, teratologische Läsionen, Amputationen etc.), und wieder, dass der schwache Fötus durch seine spärliche Urinsekretion, durch die geringe Entwicklung der fötalen Placentargefäße auch dazu beitragen kann, dass das Fruchtwasser sich in geringer Menge ansammle.

Liebman (Triest).

---

2) **Pinzani** (Bologna). Morphium in der Milch.

(Separatabdrruk aus Rassegna di Scienze med. Modena 1889.)

Zwölf Ammen wurde ein einziges Mal oder mehrere Male (6 Tage hinter einander) 3—5 cg pro die Morphii hydrochlorici gereicht. Diese Frauen stillten 30 Kinder, davon waren einige nur wenige Tage alt, eines derselben frühgeboren und in einer »Couveuse« aufgezogen. Sämmtliche Kinder blieben vollkommen gesund und zeigten überhaupt gar keine Veränderung. Dieselben negativen Resultate gaben ähnliche Experimente mit Laud. liq. Sydenham.

Auch die chemische Unstersuchung der Milch, mit sehr empfindlichen Reagentien vorgenommen (Methode von Pellagri), gab auf Morphium negative Resultate. Verf. schließt daraus, dass Morphium in mäßigen (therapeutischen) Dosen gereicht nicht in die Milch übergeht. Wenn sich auch dieses Alkaloid im Organismus in Oxymorphin (Marmé) umwandelt, so ist die Gegenwart dieser Substanz in der Milch ganz unschädlich, wie die Experimente von Kreis (Hermann's Toxikologie) beweisen.

Liebman (Triest).

---

3) **Pinzani** (Bologna). Antipyrin während der Geburt und des Wochenbettes.

(Separatabdruck aus Boll. delle scienze med. Bologna. Bd. XXIII. Serie VI.)

Verf. hat viele Experimente angestellt. Während der Geburt übt eine Dosis von 3 g (per os auf einmal gereicht) einen hemmenden Einfluss auf die Kontraktion und Retraktion des Uterus. Diese Wirkung kommt ca. eine halbe Stunde nach Darreichung des Medikaments zur Geltung, um nach etwa 2—2½ Stunden ihr Maximum zu erreichen und dann allmählich abzunehmen. Subkutane Einspritzungen (1—30 g) wirken rascher. Das Mittel scheint intensiver zu wirken bei wenig fortgeschrittener Geburt und (selbstverständlich) bei höheren Dosen.

Auch während des Wochenbettes schwächt dieselbe Dosis die Thätigkeit des Uterus. Sowohl während der Geburt als im Wochenbette mäßigte Antipyrin den Wehenschmerz, doch wahrscheinlich nur deshalb, weil die Kontraktionen der Gebärmutter wenig ausgiebig sind.

---

4) Derselbe. Antipyrin bei Ammen.

Bologna, 1889. 14 S.

Während der Darreichung des Antipyrin an stillende Frauen glaubte Verf. beobachtet zu haben, dass die Säuglinge an Kolikschmerzen und an Diarhöen litten. Dies bewog ihn neue Untersuchungen darüber anzustellen und die Ammenmilch chemisch zu prüfen. Der ungünstige Einfluss des Antipyrins auf die Säuglinge bestätigte sich nicht, dagegen fand Verf. (die Experimente wurden an 7 Ammen mit 19 Säuglingen gemacht), dass Antipyrin unzweifelhaft in die Milch übergehe, jedoch in kleinen Mengen. Die Säuglinge blieben vollkommen gesund, auch erlitt die Milch keine quantitative Veränderung. **Liebman** (Triest).

---

5) **H. W. Freund.** Der gewöhnliche und ungewöhnliche Wanderungsmechanismus wachsender Eierstocksgeschwülste.

(Sammlung klin. Vorträge No. 361/362.)

Der gewöhnliche Mechanismus zerfällt in zwei Stadien, im ersten hat der Tumor im Douglas Platz, die Tube verläuft vorn quer über das Ovarium, der betreffende Seitenabschnitt der Blase ist komprimirt, in Folge dessen Harndrang besteht. Im zweiten Stadium verlässt der Tumor das Becken, fällt nach vorn an die Bauchwand, wobei sich als Ausdruck der Drehung des Tumors am uterinen Drittel des Stieles eine Torsion mit einer Schraubenwindung ausbildet. Der Uterus liegt also jetzt hinter dem Tumor, die Stielgebilde finden sich an der hinteren Tumorfläche. Dem Blasengrund liegt der Tumor jetzt auf, der Katheter hat entsprechend den stark ausgebildeten Seitengipfeln am Fundus vesicae einen Bogengang zu beschreiben. Differentiell diagnostisch ist diese Blasenkonfiguration sehr wichtig, der normale Wanderungsmechanismus ist abhängig von folgenden Momenten: völlige Beweglichkeit des Tumors und des Uterus, ge-

nügender Raum in der Bauchhöhle und Nachgiebigkeit der vorderen Bauchwand.

Wir finden daher den ungewöhnlichen Mechanismus bei intralig. Tumoren, hier wird der Uterus durch den wachsenden Tumor hinaufgehebelt, mit dem Uterus die Harnblase hochgezogen. Analoge Verhältnisse findet man, wenn der Tumor im Anfang seines Bestehens sich durch reichliche Adhäsionen mit dem Beckenperitoneum verbindet. Dermoide, maligne, vereiterte Tumoren neigen dazu besonders, die Stieltorsion fehlt hier. Bei Gravidität liegt der Uterus neben dem Tumor. Geschwülste des Uterus können ihn so immobilisiren, dass er seinen anfänglichen Platz vor dem Tumor nicht ändert. Bei doppelseitigen Ovarialtumoren kommen abnorme und normale Wanderungen vor. Bei abnorm straffen Bauchdecken von Nulliparen, ferner bei Personen, die auf einer infantilen Stufe der Entwicklung stehen geblieben sind, wird der abnorme Modus beobachtet.

Als Grundlage seiner Arbeit hat F. tabellarisch 200 Fälle beigefügt, von denen 191 operirt wurden mit 174 Heilungen. Die 17 Todesfälle vertheilen sich folgendermaßen: 3 Peritonitis, 2 Nachblutungen (davon eine Nephrit. acut.), 3 Embolien, 2 Ileus, 1 Pneumon. crup., 4 Collaps bei vorher bestehender Peritonitis oder Kachexie, 2 Collaps bei Herzatrophie und Nephritis. **G. Middeldorpf** (Breslau).

---

6) Gossmann. Über Rentention und manuelle Entfernung der Placenta.

(Vortrag gehalten in der gynäkol. Gesellschaft zu München am 10. Januar 1890. (Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 16 u. 17.)

Nach kurzem Bericht über die das Thema betreffenden Statistiken stellt der Vortr., welcher die nach fruchtlosen Expressionsversuchen vorgenommene manuelle Placentalösung nicht für so gefährlich hält, als dieselbe sonst allgemein angesehen wird, eine Betrachtung über die hierbei bestehenden Verhältnisse in der Privatpraxis an, womit er zugleich eine solche über den Nutzen und Nachtheil des Credé'schen Handgriffs so wie über die ursächlichen Momente der Blutungen, nämlich hauptsächlich: mangelnde Kontraktionsfähigkeit des Uterus und Adhärenz der Placenta, verbindet. Dabei beschreibt er, wie die Blutungen zu Stande kommen und erklärt wie der unrichtig und zur Unzeit angewendete Credé'sche Handgriff als schädliches Mittel im Zusammenhang mit den Blutungen steht. Der Credé löst nach des Vortr. Ansicht, an und für sich nicht die Placenta, sondern der durch diesen Handgriff bedingte Reiz oder Insult löst in der größten Mehrzahl der Fälle eine Wehe aus und diese zweckmäßige Peristaltik des Uteruskörpers erwirkt die Lösung der Nachgeburt. Werden aber auf einen ganz oder theilweise atonischen Uterus energische Attacken mittels der Credé'schen Expressionsmethode gemacht, so wird die weiche und schlaffe Muskulatur durch die dabei stattfindenden Quetschungen paretisch, und wenn auch dies —

nach Ansicht Lumpe's — nicht vorkommen sollte, so ist doch die Möglichkeit eines schädigenden Einflusses auf die Mechanik des Lösungsvorganges nicht in Abrede zu stellen. Jedenfalls bleibt der beabsichtigte Effekt des Credé'schen Verfahrens in solchen Fällen aus, und die Folge davon ist die Nothwendigkeit der manuellen Lösung.

Da sich derartige »total verpfuschte« Nachgeburtsfälle in der Privatpraxis häufiger finden als in den gut geleiteten Kliniken, wo die Beaufsichtigung der Geburten etc. eine bessere als in Privathäusern sein kann, so ist auch die bereits in den Statistiken oben konstatirte größere Zahl von manuellen Lösungen in der Privatpraxis erklärt.

Bei der näheren Betrachtung der diese Differenz bedingenden Umstände jedoch kommt der Vortr. zu dem Schluss, dass unter Berücksichtigung aller hier einschlägigen Verhältnisse diese Unterschiede zwischen klinischer und privatärztlicher Operationsfrequenz sich nahezu ausgleichen.

Der Vortr. referirt sodann über die von ihm in den letzten 10 Jahren behandelten diesbezüglichen 40 Fälle und bespricht danach die dabei hauptsächlich vorgekommenen Arten von Retention und Lösung der Placenta.

Die Anwendung der Narkose hält der Vortr. in den Fällen von künstlich gestörtem Nachgeburtsverlauf für unnöthig im Gegensatz zu denen, wo die Placenta verwachsen und ihre Lösung demgemäß eine schwierigere und zeitraubendere ist.

Bezüglich der bei der manuellen Placentalösung anzuwendenden Antiseptik spricht sich G. dahin aus, dass, während selbstredend die peinlichste subjektive Antiseptik nothwendig, eine Desinfektion des Gebärschlauches vor und nach dem intra-uterinen Eingriff zum mindesten überflüssig ist. Das frischergossene Blut besitzt nach Nuttall und Buchner geradezu pilztödtende Eigenschaften und eben die Entfernung dieses Blutes wird durch Scheidenberieselungen erreicht. Bezüglich der Prognose der manuellen Placentalösungen bestehen große Verschiedenheiten in den Statistiken, jedenfalls muss ein Unterschied gemacht werden zwischen den Fällen, wo es sich um Entfernung einer festsitzenden Placenta handelt und denen, wo nur noch ein Theil der Placenta adhärent ist. Bei den ersteren ist natürlich die Gefahr einer Infektion eine größere als bei den letzteren.

Da G. bei 40 derartig operirten Fällen keinen Todesfall an Puerperalprocess, dagegen 3 an Verblutung gehabt hat, so hält er hochgradige Blutungen für gefährlicher als manuelle Placentalösungen.

Seine Schlussfolgerungen lassen sich im Folgenden zusammenfassen.

Es ist zweckmäßig, nach Ausstoßung des Kindes mit der Hand die Gebärmutter zu überwachen, da man bei beginnender Atonie durch Reibungen des Uterusgrundes Kontraktionen auslösen und dadurch einer atonischen Blutung vorbeugen kann. Es ist unzweckmäßig einer solchen Blutung durch Quetschen und Drücken der wei-

chen, nicht kontrahirten Gebärmutter entgegenarbeiten zu wollen, resp. Expressionsversuche an der weichen Gebärmutter zu machen, da hierdurch dynamische und mechanische Störung des Nachgeburtsverlaufs und erneute Blutung erzeugt werden kann. Man wird versuchen, durch Reibungen der Gebärmutter Wehen auszulösen. Erst an der fest kontrahirten Gebärmutter dürfen die Expressionsversuche gemacht werden. Misslingen dieselben und dauern die Blutungen in erheblicher Weise fort, so scheut G. sich nicht, mit der aseptischen Hand die Lösung der Placenta vorzunehmen.

Rudolf Müller (München).

Kasuistik.

7) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

Sitzung vom 19. Mai 1890.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Donat.

Nach Vorlesung des Protokolls der letzten Sitzung berichtet der Vorsitzende über einige Eingänge, unter denen die Todesanzeige des Herrn Prof. Faye Christiania, welcher der Gesellschaft als korrespondirendes Mitglied seit 1861 angehörte. Mit einigen Worten gedenkt er desselben und sendet im Namen der Gesellschaft ein Kondolationsschreiben an den Sohn des Verstorbenen.

Darauf hält derselbe seinen Vortrag: »Beiträge zur Lehre vom Geburtsmechanismus unter Demonstration von Gefrierdurchschnitten durch den Körper einer Hochschwangeren«, welcher als Originalartikel in No. 33 dieses Blattes veröffentlicht ist.

In der dem Vortrag folgenden Debatte macht Herr Hennig einige Bemerkungen über die Ringvene, die besonders bei Mehrgebärenden deutlicher sei.

Sitzung vom 16. Juni 1890.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Donat.

Nach Verlesung und Genehmigung des letzten Protokolls sprach

Herr Hertzsch »über die Behandlung der Frauenkrankheiten nach Thure Brandt«. Redner, der selbst bei Thure Brandt gewesen und dessen Methode studirt und geübt hat, wollte in seinem Vortrage weniger die Theorie der Massage besprechen, als an der lebenden Frau deren Anwendung zeigen und beschreiben. Nachdem er einleitend über die Wichtigkeit der »allgemeinen Massage« gesprochen, demonstrirte er daher zunächst die Lagerung der Pat., die Stellung des Massirenden und die zur Massage erforderlichen Handgriffe, begann darauf mit der Massage des Uterus, die besonders bei Atrophie, Hyperplasie, Hyperinvolutio in Betracht kommt, so wie bei den nicht infektiösen Formen von Endometritis mit deren Folgeerscheinungen. Bei Tumoren kommt dieselbe nicht in Anwendung, so weit nicht Trennungen von Verwachsungen erzielt werden sollen. Die Massage der Gebärmutter muss mittels leichtester Bewegungen ausgeführt, und nach Aufrichtung des Organs immer dessen hintere Fläche angegriffen werden. Die Massagebewegungen sollen dabei immer vom Fundus oder vom äußeren Muttermund her nach dem inneren zu gehen.

Bei Exsudaten wird mit einer Wegbarmachung der Lymphbahnen begonnen und dann erst das Exsudat von der Peripherie her in Angriff genommen, Anfangs mit leichten, später mit kräftigeren Reibungen. Peri- und parametritische Stränge werden von der Beckenwand nach der Gebärmutter zu massirt, doch müssen hierbei, wie bei der Massage fixirter Ovarien, Dehnungen unterstützend hinzukommen, wobei unter Umständen das Organ nach der entgegengesetzten Seite gedrängt werden muss.

Bei der Besprechung der Deviationen des Uterus schildert Redner die

Methoden der Reposition und hebt beim fixirten Uterus hervor, dass die Trennung dadurch bewirkt wird, dass man vom Fundus her hinter den Uterus zu kommen sucht und durch Erheben des Organs die Stränge dehnt und allmählich löst. Bei der Prolapsbehandlung durch Massage demonstrirt Vortr. die verschiedenen Arten der Lyftung, die Massage der haltenden Theile, den Druck auf den Nerv. hypogastricus und pudendus, die Kniethеilung und Zusammendrückung, die Unterschambeinstreichung und die Kreuzbeinlendenklopfung.

Den sehr eingehenden und lehrreichen Demonstrationen ließ Redner einen kurzen Bericht über seine Ergebnisse folgen, die einen absoluten Misserfolg bei 4 an Prolaps Behandelten aufwiesen. Hierbei ließ er jedoch unentschieden, ob die Wahl der Fälle oder die damals noch nicht hinreichende Übung den ungünstigen Ausfall ergeben haben. — Ein Fall von Retroflexio bei einer 41jährigen Frau, die nach 8 normalen Geburten in den letzten 2 Jahren 2 Abortus durchgemacht hatte und die typischen Retroflexionserscheinungen trug, bei der wegen der Schlaffheit des Uterus in der Höhe des inneren Muttermundes die Ringbehandlung gänzlich erfolglos blieb, wurde nach 3wöchentlicher täglicher Behandlung als dauernd geheilt vorgestellt. Der Uterus hatte seit 4 Monaten seine normale Lage behalten, sämmtliche Beschwerden waren verschwunden.

Bei 3 Kranken wurde die Lösung des vorher flächenhaft fest verwachsenen Uterus dargethan, von denen sich eine durch äußerst fettreiche straffe Bauchdecken auszeichnete. Die Loslösung geschah im Mittel innerhalb 2—3 Wochen. Trotzdem der Uterus in diesen noch in Behandlung befindlichen Fällen seine normale Lage noch nicht dauernd angenommen hat, sind doch bei allen die Beschwerden geschwunden, was besonders für eine Pat., die an hochgradigsten allgemeinen nervösen Störungen litt, sehr bemerkenswerth ist. Ein Pessar kam während der Behandlung niemals in Anwendung.

Dass übrigens die Loslösung des Uterus nicht immer in der oben angegebenen kurzen Zeit zu bewerkstelligen ist, beweist ein schon im 3. Monat der Behandlung stehender Fall, wo es jetzt erst gelungen ist, den Fundus frei zu machen und mit der Hebung des ganzen Uterus zu beginnen.

Von ausgezeichnetem Erfolge war die Behandlung bei einem das ganze Becken ausfüllenden, von einer zur anderen Darmbeinschaufel reichenden alten Exsudat, das seit 3 Jahren bestand und absolute Arbeitsunfähigkeit mit fast ununterbrochener Bettruhe bedingte. Die Krankenhausbehandlung mit Sitzbädern, Breiumschlägen, Duschen hatte nicht die geringste Besserung gebracht. Nach 5wöchentlicher Massage war das Exsudat, das inzwischen einmal rechterseits recidivirt hatte, vollkommen verschwunden. Da sämmtliche Schmerzen beseitigt waren, blieb Pat. weg, so dass an eine Lösung des noch nach hinten fixirten Uterus nicht herangegangen werden konnte.

Diskussion: Herr Zweifel: Über Massage ist in den letzten Jahren viel geschrieben und geredet worden, seine eigenen Eindrücke seien zunächst die gewesen, dass das Wesen der Massage noch viel Zauber berge, dass ähnlich wie bei der Lister'schen Wundbehandlung allmählich eine Menge unwesentlicher Beirath über Bord geworfen würde. So viel sei aber bewiesen worden, dass die Massage leistungsfähig ist, desshalb sei er selbst der Behandlung näher getreten und habe Herrn Hertzsch das Material der Anstalt bewilligt. Bei Prolapsen verspreche er sich keinen Erfolg wegen der allgemeinen Erschlaffung, dagegen versprächen Exsudate, partielle Schwellungen des Uterus günstige Erfolge. Bei der Retroflexio käme es auf Stärkung des Bandapparates an, die Ergebnisse bei den Fixationen wären geradezu überraschend. Zwar enthielte die ganze Methode viel Unwesentliches, aber selbst diese untergeordneten Handgriffe wirkten auf die Kranken anregend, veränderten die Innervation und schafften denselben eine Reihe Vortheile, die die Heilung begünstigten.

Herr Sänger erinnert an die innere, bez. instrumentelle Massage, welche neben der äußeren von Thure Brandt nicht vergessen werden dürfe und wohl berechtigt sei. Er selbst habe im vergangenen Jahr die Vortheile der Zugmassage in dieser Gesellschaft besprochen und deren Anwendung bei alten Verwachsungen

des Uterus demonstrirt. Sie behalte ihre Bedeutung neben Thure Brandt, auch sei eine Kombination beider Methoden in gewissen Fällen von Vortheil. Neuerdings sei von Boldt bei Enuresis nocturna und Incontinentia urinae die Brandt'sche Methode erfolgreich angewandt worden. Brandt massire hier auch von innen, um den Schließapparat zu reizen. Schließlich sei die Unterschambeinstreichung auch nichts Anderes als innere Massage. — Bei Retroflexio sei auch durch Pessarbehandlung dauernde Heilung möglich, er habe 40% Heilungen. Auch hier sei eine Kombination der Massage mit Pessarbehandlung oft wünschenswerth. Zum Schluss macht er noch eine Mittheilung über Selbstlyftung. Beim Probiren der Trendelenburg'schen Operationslage habe er jüngst bei einer Pat., die fast senkrecht auf den Kopf gestellt wurde, ein weites Klaffen der Scheide und des Mastdarmes und eine Aufrichtung der Gebärmutter gesehen. Diese Stellung hat er bei Aufrichtung der eingeklemmten schwangeren Gebärmutter benutzt.

Herr Hertzsch: Profanter und Prochownick kombinirten die Massage und andere Behandlungsweisen, er sei dafür, dass man erst Herr einer Methode werden müsse, ehe man Modifikationen eintreten lasse. Brandt müsse folgerichtig die Pessarbehandlung verwerfen, da er die Deviationen des Uterus auf mangelnde Innervation beziehe. Durch die Pessare werde ein dauernder schädigender Druck auf die Nerven ausgeübt, daher müssten dieselben die Wirkung der Massage, die eben die Innervation anregen will, aufheben.

Herr Döderlein ist überrascht über den hohen Procentsatz von Heilungen, den Sänger bei Pessarbehandlung der Retroflexio angegeben hat. Nach seinen Erfahrungen sind die Aussichten auf Heilung bei Weitem nicht so günstig. Er erinnert sich unter der großen Zahl von Retroflexionen in der Poliklinik nur ganz vereinzelter Fälle, wo nach probeweisem Entfernen des Pessars der Uterus dauernd normal liegen blieb. Nur bei Retroflexio congenita könne man durch Pessarbehandlung auf Heilung mit Wahrscheinlichkeit hoffen.

In dieser Beziehung könne Massage und Ringbehandlung nicht mit einander konkurriren. Massage leiste hier ungleich mehr.

Herr Sänger unterscheidet 2 Arten von Heilung bei Retroflexio, die absolute (24%) und die relative. Die kongenitale Retroflexio hält er für unheilbar.

Herr Zweifel: man dürfe nicht vergessen, dass es sich bei der Massage doch um solche Fälle von Retroflexio handle, die entweder überhaupt oder in Folge der Verwachsungen wenigstens zunächst für eine Ringbehandlung ungeeignet seien. Erst seien die Verwachsungen zu beseitigen und dazu eigne sich die Massage wie kein anderes Heilverfahren; dann erst käme eine Ringbehandlung in Frage.

---

8) Königsberger Dissertationen.

1) Bernhard Dobcynski. 100 Fälle von Ovariotomie. 1889.

Der Inhalt ist Gegenstand der Originalmittheilung des Herrn Prof. Dohrn in No. 9 des Centralbl. 1890.

2) Georg Schröter. Ein Fall von Hernia diaphragmatica bei einem Neugeborenen. 1889.

2940 g schweres, männliches Kind, mit Nabelschnurumschlingung geboren, stirbt nach wenigen Athemzügen. Abdomen auffallend eingesunken. Linke Hälfte des Zwerchfells fehlt vollständig; ein Theil des Mastdarmes, des Dünndarmes, der Magen und das Duodenum, der ganze linke Lappen der Leber füllen die linke Hälfte des Thoraxraumes aus; alle diese Organe sind indessen in eine Art serösen Bruchsackes gehüllt; Magen und Duodenum liegen in einem Divertikel des letzteren sogar im rechten Thoraxraum. Verwachsungen zwischen diesem Bruchsack und den Eingeweiden sind nicht vorhanden. »Das mit der Pleura diaphragmatica verwachsene Peritoneum ist mit dem durch die Baucheingeweide nach rechts verschobenen Pericard verwachsen, steigt dann ungefähr bis zum Jugulum in die Höhe und geht in der Gegend der linken Articul. sternoclavicul. in die Pleura costalis der linken Seite über.« Lungen rudimentär, völlig atelektatisch; Herz, Thymus

verlagert. Hoden nicht herabgestiegen. Sternum normal. Hautdefektes völlig glatt.

th. Ein Fall von Sacraltumor. 1887.

internus und Hydromyelie, lordotische Verkrümmung der Spina bifida, Sacralcyste, Hydrencephalocele, Pes varus und

hmidt. Ein Fall von autochthonem Teratom der Kreuzbeingegend. 1889.

hen zu früh geboren; Geschwulst am Tage darauf so weit st am folgenden Tage. Die untere Geschwulsthälfte drängt e aus dem Munde heraus, verjüngt sich nach der Schädel- dort einen neuen Tumor, der, den Knochen durchbrechend, in ominirt. Der im Munde liegende Tumor, von Schleimhaut Knochensubstanz mit Markräumen, quergestreifte Muskelsub- Fett, in gefäßreichem Bindegewebe eingebettet; bildet eine n Septen und seröser Flüssigkeit. Der obere, in das Schädel- wulsttheil enthält außer seiner bindegewebigen Hülle Neu- n und Nervenfasern.

s. Ein Fall von Hydrencephalocele mit amniotischen 1889.

chernen Schädeldaches von 20 cm Umfang. Die Hydrence- ine frontale Einsenkung der bedeckenden Membran in 2 Theile te dieser Furche setzt sich ein amniotischer Strang an. Hy- n, Fehlen des linken Auges, linksseitiger Wolfsrachen und seitige Klumphand und Klumpfußstellung.

Zeiss (Erfurt).

(Innsbruck). Bericht über 12 Laparotomien und lexstirpationen des Uterus per vaginam.

ener klin. Wochenschrift 1889. No. 50—52.)

wung die operative Gynäkologie an der jüngsten und daher Innsbrucker med. Fakultät nimmt, mögen obige, in einem naten (13. Januar bis 13. August 1889) von E. ausgeführten Aber nicht nur wegen der Frequenz ist der Bericht erwähnens- noch der Resultate und der interessanten Fälle halber. Von nten nahezu 94% geheilt entlassen werden, gewiss ein be- g, besonders wenn man die technischen Schwierigkeiten und einzelnen Fälle im Originale nachliest.

n betreffen: 9 Ovarialtumoren, darunter stark adhärente, oder Cysten, in einem Falle zu gleicher Zeit Uterusfibroide, die nputation der Gebärmutter erheischten, ferner Hydrops ovarii n, ein Fibrosarkom, ein papilläres Kystom des Eierstockes, Cysten, ein Fall davon mit einer Urachuscyste komplicirt. Pat. wird etwas unterhalb des Nabel eine handtellergroße, funden, die sich über der großen Eierstockcyste leicht ver- Bauchschnitt eröffnet diesen Bauchwandtumor, aus dessen , asbestartig schimmernde Flüssigkeit entleert. Der zwischen itoneum gelegene Tumor lässt sich von den ersteren leicht rk adhärende Bauchfell muss an dessen unteren Fläche in l durchtrennt werden. Jetzt hängt die Geschwulst noch an glatten Strang, der, von seinem unteren Ende beginnend, in eter längs der vorderen Bauchwand in die Beckenhöhle läuft, seine Endinsertionen zu bestimmen. Näher dem unteren [illegible] wird dieser dicke Strang doppelt ligirt, durchtrennt und die Geschwulst entfernt. Dieselbe hat eine flach-nierenförmige Gestalt von $9^1/_2$ cm Länge, $7^1/_2$ cm Breite und von Fingerdicke. Der Inhalt besteht aus Cholestearintafeln, Schollen

plattenartiger Epithelzellen und veränderten Zellenmaßen. An mikroskopischen Durchschnitten besteht die Innenfläche der Wandung aus einer lockeren Bindegewebslage, auf diesen folgt eine dichte, derbe, dann wieder eine lockere Bindegewebsschicht mit organischen Muskelfasern, schließlich eine äußere derbe Hülle. Auf Grundlage dieses Befundes und der Fundstelle sieht E. diesen Tumor für eine Urachuscyste, als eine erweiterte und gewachsene Höhle eines persistirenden Harnstranges in der Fortsetzung des Lig. ves. med. an.) 3mal wurde das Abdomen wegen Fibromyomen eröffnet; die 4 Totalexstirpationen betrafen 2 Fälle von bösartigen Cervixerkrankungen und zwar handelte es sich einmal um ein papilläres Cancroid das andere Mal um ein glanduläres Carcinom, während in den beiden Fällen von Uteruskörper-Carcinom zwei verschiedene Formen (beginnendes Carcinom der Schleimhaut, polypöses Adenom mit Übergang in Carcinom) vorlagen.

Hinsichtlich der Technik erwähnt Verf., dass die Schmerzen nach Laparotomien geringer erscheinen, wenn die in der Bauchhöhle zur Verwendung kommenden Schwämme aus gekochten Wasser statt aus einer Desinfektionsflüssigkeit gereicht werden. Um Bauchwandabscesse möglichst zu vermeiden werden die Bauchdecken in 3 Etagen geschlossen: nach Anbringung einer tiefgreifenden Seidennaht je eine peritoneale, die Fascien mitfassende Juniperus-Katgutnaht und schließlich oberflächliche dünne Seidenligaturen. Vor der Punktion größerer Cysten lässt E. den Chloroformkorb entfernen und den Kopf der Pat. tief lagern in der Absicht so Collapserscheinungen hintanzuhalten. Bei den Hysteromyomektomien kamen die intra- und extraperitoneale, so wie die intraparietale (nach Fritsch) Stielbehandlung zur Anwendung. In letzterer Form sieht E. einen Übergang zu intraperitonealen (die aber erst dann zur allgemeinen Verwendung kommen muss, wenn der Verschluss der Stielwunde vollkommen gesichert ist) und kann, abgesehen von den schwer zu entfernenden Nähten aus dem Trichter, die Heilungsdauer bei dieser Methode nicht kürzer als bei der extraperitonealen Versorgung finden.

Der einzige Todesfall trat am 5. Tage nach einer Hysteromyomektomie mit extraperitonealer Stielbehandlung, wobei der Stiel etwas kurz ausfiel, an Peritonitis septica ein.

Torggler (Innsbruck).

10) **Nebel.** Zur vaginalen Enukleation der Uterusmyome.

(Münchner med. Wochenschrift 1890. No. 3.)

An der Hand der dem Verf. von Prof. Hofmeier zur Verfügung gestellten 11 Fälle, deren Krankheits- und Operationsverlauf einzeln aufgeführt wird, bespricht er zunächst die Verhältnisse, unter welchen die vaginale Enukleation ihm angezeigt erscheint. — Während er bei größeren verjauchten Myomen dem Fehling'schen Vorschlag der supravaginalen Amputation des Uterus durch Laparotomie als dem sichersten Mittel zur Entfernung des Jaucheherdes beipflichtet, scheint ihm bei nichtjauchenden Myomen, sofern es die Verhältnisse zulassen, die vaginale Enukleation gegenüber der Laparomyotomie den Vorzug zu verdienen. Wenn auch die Operation von der Scheide aus technisch mit größeren Schwierigkeiten verknüpft sei, als die Laparomyotomie, so sei doch dafür die Gefahrlosigkeit bei der ersteren Art der Operation im Gegensatz zu der letzteren eine ungleich größere, wie sich das außer bei den ihm zur Verfügung stehenden 9 Fällen auch an den Erfolgen der 20 von Chrobak so behandelten Myome ergeben habe. — Nach Besprechung einiger Punkte, welche bei der Frage, ob vaginal oder supravaginal operirt werden solle, in Betracht kommen — wie des Sitzes der Geschwulst, des Verhaltens der Cervix, zu deren eventuell nothwendigen Erweiterung er die Tamponade mit Jodoformgaze gutheißt — verbreitet sich Verf. über die Art der Ausführung der Enukleation. Dabei empfiehlt er möglichst stumpfe Auslösung des Tumors, Vorsicht in Kraftanwendung, Vermeidung von tiefen Einrissen besonders in das parametrane Gewebe und vorsichtige Anwendung von Desinfektionsmitteln während der Operation — in einem Fall sind nämlich im Anschluss an Sublimatverwendung (während der Operation) Diarrhöen aufgetreten.

Bezüglich der Nachbehandlung räth er, die Wundhöhle sich selbst zu über-

er Blutstillung und Abhaltung von nachträglicher Infektion formgase in der ersten Zeit zu tamponiren.
g eines Falles von Chrobak, in welchem eine Operirte tagenes Kind geboren hatte, reiht Verf. eine kurze Betrachder Cervixmyome auf den Verlauf von Geburten an und ch die Behandlung der Uterusmyome mittels des galvani-
R. Müller (München).

nd). **Centraler Dammriss, Scharlach, Septikämie, Genesung.**

(Lancet 1889. September 28.)

Ipara wich nach über einstündigem Stehen des Kopfes in der Anus in transversaler Richtung aus einander. Trotz vorsichktion mit Forceps sehr ausgedehnter centraler Riss. Schon atte die Kreißende über trockenen Hals geklagt ohne zu des Wochenbettes Angina, Erbrechen, Diarrhoe, Fieber, les nicht genähten Dammrisses. Am 4. Tage über den ganzen es Scharlachexanthem, Schwellung des Dammes, Lochien ten Tage Aussetzen derselben. Am 10. Tage mit Schwinden runde wieder normal. 8 Tage später Erscheinungen, von leutet, die aber schon 3 Tage später in Rekonvalescens ng antipyretisch excitirend bei etwas lokaler Antisepsis. as Kind blieb gesund, die Mutter hatte nie vorher ScharHerdegen (Stuttgart).

gham). **Doppelte Polydaktylie, doppelte Hasen- gespaltener Gaumen und doppelter Talipes varus.**

(Lancet 1889. Oktober 12.)

rstehenden Missbildungen zeigte ein sonst normaler wohlshnte, einzig missgestaltete Kind seiner gesunden, in ihren mnestische Anhaltspunkte bietenden Eltern. Auch die in jeder Beziehung normal. Der supplementäre Finger, und mit Nagel versehen, saß an jeder Hand auf dünnem pfchen des 5. Metakarpalknochens so gut wie der neben- Die Gaumenspalte ging durch den harten und weichen on der Medianlinie verlaufend. Tod am 7. Tage an mangelHerdegen (Stuttgart).

son (Edinburg). **Über eine besondere Art von ock; dessen Natur, Ursache und Verhütung.**

(Edinb. med. journ. 1889. Juli.)

ung der Credé'schen Methode, sah F. Shock auftreten, dem bisher nicht gewürdigte Bedeutung beilegt. Es handelte de Frauen, nervöser Beanlagung, zweimal Ipara einmal zweite Geburtsperiode boten nichts Besonderes, außer dass ndet werden mussten und zwei gegen Ende der Entbindung Lange wegen Erschöpfung und »drohender« Wehenschwäche. nehr Blut, als normalerweise sein darf, die Uteri waren keiner Weise etwa von Post-partum-Blutung die Rede, hler ausgeschlossen. Dennoch traten in allen 3 Fällen on Shock und Synkope ein, mit völliger Bewusstlosigkeit, unregelmäßigem Pulse, dilatirten Pupillen, oberflächlichem, unregelmäßigem Athmen, kalten klebrigen Schweißen etc. kurz unter dem Bilde der höchsten Gefahr, oft eine ganze Reihe von Stunden lang mit kurzen Unterbrechungen. Übrigens verlief dann das Wochenbett stets normal. Alle klagten über außergewöhnliche Schmerzhaftigkeit, wenn der Uterus nach Ausstoßung des Kindes in der üblichen Weise mit der Hand umfasst wurde; wurde dann ge-

knetet und Druck ausgeübt, um die gelöste Placenta auszutreiben, so erwachten die Frauen aus ihrer theilweisen Bewusstlosigkeit unter heftigstem Schreien und Schmerzensäußerungen. Der eigentliche Shock trat ein erst während oder gleich nach der Austreibung der Placenta, wenn eben der Uterus am festesten in der angegebenen Weise, Daumen vorn, übrige Finger hinten, gefasst und gedrückt wurde.

Es besteht für Verf. kein Zweifel, dass diese Symptome ausgelöst wurden dadurch, dass ein oder beide Ovarien von der Hand durch die Bauchdecken mitgefasst und gegen den hart kontrahirten Uterus angequetscht wurden. Da der Zustand der 3 Frauen in der That ein höchst prekärer war und zum Theil erst nach langer Zeit den angestrengtesten Bemühungen der Ärzte wich, glaubt Verf. darauf und auf die Art der Entstehung die Aufmerksamkeit lenken zu müssen. Es würde sich demnach empfehlen, bei Anlagerung der Hand an den Uterus, nicht einfach den Daumen hinter die Symphyse, die übrigen Finger dem Promontorium entsprechend zu platziren, sondern genau wie Vorder- und Hinterfläche des Uterus, unter sorgfältiger Vermeidung etwa in der Nähe gelegener Ovarien, zum Drucke zu benutzen; und zu diesem Behufe auf die in den meisten Fällen ausgeprägte Drehung des Uterus nach rechts stets zu achten. **Zeiss** (Erfurt).

14) **Berry Hart** (Edinburg). Über einige Fälle von abnormer Lösung und Ausstoßung der Nachgeburt vor der Geburt des Kindes.

(Edinb. med. journ. 1889. April.)

H. nimmt, wie bekannt, entgegen der allseitig getheilten Annahme der Lösung der Placenta durch Verkleinerung ihrer Ansatzstelle während der Wehen, vielmehr an, dass die Lösung vor sich gehe nach der Wehe, indem die der fötalen Cirkulation beraubte Placenta nicht im Stande sei der, mit der Erschlaffung des Uterus eintretenden, Ausdehnung ihrer Ansatzstelle zu folgen; durch diese Disproportion werde die Placenta gelöst.

Verf. bezieht sich in vorliegender Arbeit auf zwei kürzlich beschriebene Fälle, die gegen seine Ansicht ausgebeutet werden könnten, einen von Holme (ref. in diesem Blatt No. 21) und den von Münchmeier im 33. Bande des Archivs. Ersteren erkläre er sich so, dass das Verhalten der beiden Nachgeburten, von denen die eine manuell gelöste durchaus als adhärent angenommen werden müsse, ähnlich war, als wenn nur eine Nachgeburt vorhanden gewesen sei, deren untere Hälfte gelöst, deren obere adhärent war. Dem Münchmeyer'schen Fall (Vorfall der Nachgeburt bei regelmäßigem Sitze) giebt H. folgende Auslegung: das Kind starb in Folge der langen Geburtsdauer; Unterbrechung der fötalen Cirkulation, auch die intervilläre Cirkulation wird durch die Dauer der Geburt vermindert, und so die Placenta in den Zustand versetzt, der sie nach H.'s Ansicht unfähig macht, der nach der Wehe eintretenden Ausdehnung ihrer Ansatzstelle durch entsprechende eigene Ausdehnung zu folgen, •ergo: Disproportion der Ansatzfläche und .der Ansatzstelle, ergo Lösung mit folgender Austreibung. So erklären sich auch diese abnormen Fälle zu Gunsten seiner Ansicht. (Zu verwundern ist nur, dass, einen derartigen Modus angenommen, nicht öfter bei abgestorbenen Kindern die Placenta vorfällt. Ref.) **Zeiss** (Erfurt).

15) **Sabatier** (Lyon). Über ein Becken mit beiderseitiger Sacro-iliacal-Synostose.

(Lyon méd. 1889. December 8.)

S. demonstrirt das Becken in der Soc. nat. de méd. de Lyon. Über die Geschichte des Individuums fehlen ihm alle Angaben. Das Becken weicht in so fern von den bisher beschriebenen ab, als die quere Verengerung ihm fehlt; es ist ein gleichmäßig verengtes Becken. Dies Ausbleiben der Verengung des Querdurchmessers ist veranlasst durch Nicht-Atrophie der Massae laterales. Die Synostose ist vollkommen und datirt aus der Kindheit; beruht nicht erst auf einem krankhaften Process am Becken der Erwachsenen. Hierfür spricht die gerade gestreckte,

des Kreuzbeins; dessen seitliche Ossifikationspunkte sich keln konnten.
ahrscheinlich, weil jede Spur einer etwa durchgemachten fehle, eben so wenig Rachitis, weil jedes andere Merkmal übrige Skelett fehlt.) **Zeiss** (Erfurt).

bertson (Greenock). **Abnorme Auftreibung des mit fehlendem Rectum und Anus und Ausdehnung der Blase.**

(Glasgow med. journ. 1889. August.)

en, mit einer Ausnahme (Eklampsie, Forceps), spontan und l Verzögerung in der Austreibungsperiode vor und haupts Kopfes, so dass der Körper nur unter Nachhilfe kräfwerden kann. Kolossale Auftreibung des Abdomens; kein n Durchschimmern von Meconium, und Glänzen der Haut. okar erfolglos, zweite ergiebt in 3 Zoll Tiefe reichlich Meadem am anderen Tage. Sektion: Haut mit Hoden bilden hen; Körper des Kindes 19 Zoll lang, Umfang unter den nteren Rippen 15, am Nabel 18, am Gesäß 12 Zoll. Bei erscheint die stark aufgetriebene Blase mit den ebenfalls m; diese bilden zusammen einen Tumor von fast 5 Zoll Urin. Blasenwandungen hypertrophisch und hart. Darmausgedehnt. Colon descendens geht im scharfen Winkel se hin und endet dort, ohne Öffnung, in der Blasenwand; ück die Trokaröffnung. Ureteren beim Austritt aus den tend größer als die linke — nicht erweitert; erst weiter lasenmündung, beginnt die Dilatation. Penis schlaff, ohne iktur; die man vielleicht vermuthet haben würde. Die ung lässt aus dem Befunde keine Schlüsse für sich er-

Zeiss (Erfurt).

(Lyon). Schwangerschaft im 5. Monat, Typhus, etc. Heilung durch kalte Bäder, Abort.

(Lyon méd. 1889. März 10.)

Eklampsie, im 5. Monat; frühere Geburten ohne Zwischenfall. Typhus; 3stündlich 1 Bad von 22° C. Heftiger Anfall von Eklampsie mit langer Bewusstlosigkeit. Urin, vorher nicht untersucht, mit Eiweiß gesättigt; Temperatur der Bäder geändert: 30° während des Bades auf 24 erniedrigt, dreistündlich weiter, im Ganzen 34. In der Rekonvalescenz Ausstoßung eines nicht macerirten Fötus. Ödeme hatten gefehlt und L. glaubte Grund zu haben, die Albuminurie nicht sowohl auf eine Nephritis als vielmehr auf Typhus und Schwangerschaft zurückführen zu müssen und hielt sich daher für berechtigt, die Kaltbadbehandlung fortzusetzen.

Zeiss (Erfurt).

18) **Harry St. Clair Gray** (Glasgow). **Missbildungen im Geburtskanal.**

(Glasgow med. journ. 1889. März.)

1) Vagina septa; das hoch hinaufreichende Längsband wird doppelt unterbunden und durchtrennt, worauf spontane Geburt folgt.

2) Eben so bei einen dicken fleischigen Querbande.

3) Ut. sept. bilocul. Schwängerung beider Hälften, die Frucht in der rechten wird im 6. Monat ausgestoßen, die im linken ausgetragen und, wegen wohl intensiver aber erfolgloser Wehenthätigkeit, die den Kopf (wohl in falscher Richtung wirkend) nicht ins Becken einzutreiben vermag, durch Wendung entwickelt.

Zeiss (Erfurt).

19) J. Courmont (Lyon). Ein Fall von Drillingsschwangerschaft.

(Lyon méd. 1890. Februar 2.)

Ipara, am Ende der Schwangerschaft; Palpation und Auskultation ergeben nichts Besonderes am Abdomen; die Herztöne mit nur einem Maximumscentrum. Als nach Beginn der Wehen die Blase springt, entleert sich nur äußerst wenig Fruchtwasser und eine sehr kleine Hand wird vorliegend gefunden; nunmehr erscheint bei der mindestens normalen Ausdehnung des Abdomens Zwillingsschwangerschaft sicher zu bestehen. Durch eine leichte Wendung wird ein todter, etwa dem 6. Monat entsprechender Fötus extrahirt. Eine zweite nun sich stellende Fruchtblase lässt den Steiß eines zweiten Fötus erkennen, der nun ebenfalls durch Wendung zu Tage befördert wird, ausgetragen ist, allerdings sehr schwach entwickelt, und lebt. Das Abweichende und Auffallende bei dieser zweiten Wendung war, dass die eingehende Hand, um an die sich spannende Blase zu kommen, durch den Eihautriss des erstgeöffneten Sackes hindurchgehen musste. — Durch leichten Zug an beiden Nachgeburten und Reiben des Fundus werden Kontraktionen hervorgerufen und hierdurch die ganze Masse der Nachgeburtstheile ausgetrieben; zwischen diesen findet sich ein dritter, unverletzter Fruchtsack mit einem todten, etwa 4monatlichen Fötus.

Wochenbett verlief normal.

Das lebend geborene Kind, 1620 g, bleibt erhalten; beide todtgeborene Fötus waren Foetus papyracei mit Hydrocephalus. Die Placenta war gemeinsam, dreilappig; an dem mittelsten, größten Lappen setzte sich der Nabelstrang des lebenden Kindes an; die Eisäcke waren völlig selbständig jeder; die Beziehungen der Einzelmembranen sind nicht weiter geschildert.

Der Fall dürfte in mancher Beziehung von Interesse sein und ist deshalb detaillirt wiedergegeben. Aus der Schwangerschaftsgeschichte sind keine Angaben vorhanden. In der Familie befand sich keine Neigung zu Zwillings- oder Mehrgeburten.

Zeiss (Erfurt).

20) C. Ryau (Melbourne). Ein Fall von Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Austral. med. journ. 1889. November 15.)

Eine 42jährige Frau, 4 Kinder, letztes 13 Jahre alt; keine Fehlgeburten, immer gesund bisher. Vor 4 Monaten in Folge einer Erkältung heftige Schmerzen im Abdomen und Bemerken eines Tumors in der linken Seite, der im weiteren Verlaufe nicht wuchs, sondern eher zunahm. Regeln bis Eintritt der Erkrankung stets regelmäßig, seitdem unregelmäßig, aber niemals profus; namentlich in letzter Zeit sehr spärlich. Bei kombinirter Untersuchung wird Uterus nicht vergrößert gefunden, der Tumor liegt ihm seitlich dicht an.

Incision vom Abdomen aus: Tumor, mit Peritoneum überzogen, in welchem die Tube über den Tumor hin verläuft, ebenfalls incidirt, erweist sich mit theils flüssigem, theils geronnenem Blute gefüllt. Von Fötus oder Placenta keine Spur! Öffnung des Tumors mit der Bauchwunde vernäht, Drain, Heilung. (Dem Tumor dürfte doch wohl eher eine andere Deutung zukommen. Ref.)

Zeiss (Erfurt).

21) Chabalier (Lyon). Osteomalacie und Hydronephrose.

(Lyon méd. 1890. März 30.)

In der Soc. des sciences méd. de Lyon am Präparat demonstrirt. Enorme Dilatation der Ureteren und Nierenbecken durch Kompression der ersteren zwischen Promontorium und Symphyse. Über das Verhalten des Uterus ist nichts ersichtlich. Die Frau hatte 3mal geboren und seit der zweiten Gravidität Beschwerden.

Zeiss (Erfurt).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger und Bericht über die Verhandlungen der 8. Abtheilung des X. internat. Kongresses zu Berlin (Bogen 5).

Bericht über die Verhandlungen

der 8. Abtheilung

des X. internationalen Kongresses zu Berlin

vom 4.—9. August 1890.

1364

Beilage zum Centralblatt für Gynäkologie 1890.

Ich gehe bei diesem Bericht von der früheren Gepflogenheit nach Sitzungen und Tagen zu referiren ab. Wegen des Zeitmangels haben sich nur an wenige Vorträge Besprechungen angeschlossen. Die einzelnen Vorträge — außer den schon vorher aufgestellten Themata, gehören sachlich nicht zusammen, es ist also gleichgültig ob der eine oder der andere früher oder später gedruckt wird. Es wird sich auch nicht vermeiden lassen, dass einzelne Vorträge gänzlich wegfallen. In so weit nicht die Herren Redner mir noch nachträglich die Manuskripte übergeben, kann ich die Referate erst nach Monaten, nach Erscheinen des officiellen Berichtes bringen. Ich bitte also ausdrücklich die Reihenfolge nur durch äußere Gründe zu erklären.

Fritsch.

J. Balandin. Ein neuer Operationssaal, insbesondere für Laparotomien.

Die Bestrebungen, die Operationsräume überhaupt und die für Laparotomien insbesonders vor Infektion ganz sicher zu stellen, haben bekanntlich noch zu keinen ganz befriedigenden Resultaten geführt. Die neueren, die Luft des Operationsraumes betreffenden Untersuchungen v. Bergmann's haben der Unsicherheit womöglich eine faktische Unterlage gegeben. Dass diese Unsicherheit unter Anderem durch Zuschauer, namentlich eine etwas größere Zahl derselben, wächst, ist kaum zu beanstanden. Wenn viele Operateure auch bei größerer Zahl von Zuschauern mit großem Glücke operiren, so beweist das nicht, dass sie die Sache für irrelevant halten. Dagegen sprechen die großen Vorsichtsmaßregeln, die, so viel mir bekannt ist, ohne Ausnahme von allen Operateuren betreffs ihrer Zuschauer durchgeführt werden. Man operirt mit Zuschauern im Operationsraume, weil man eben nicht anders kann; weil man dem lernenden Publikum gerecht werden muss. Wie bei den von den Lernenden ausgeübten inneren Explorationen werden dem allgemeinen Wohle Einzelinteressen hintangesetzt. Und auch dagegen wird ja schon, und mit Erfolg, eine Besserung angebahnt.

Andererseits lässt auch die Einsicht, welche Lernenden, zumal wenn ihrer Viele sind, bei den bestehenden Vorrichtungen, in die

nöthigen Details der Operationen gewährt wird, Vieles zu wünschen übrig. Sie werden fast immer nothgedrungen auf eine solche Distanz vom Operationsobjekte placirt, dass der Winkel, unter dem sie sehen (wir wollen ihn der Kürze wegen den Sehwinkel nennen), ein so kleiner wird, dass ein klares Sehen fast unmöglich ist, wobei das Sehfeld noch bedeutend durch den Operateur und seine Assistenten verdeckt wird. Auch das Amphitheater hilft dem Übel nur theilweise ab. Selbst bei gleichbleibendem Sehwinkel nimmt die Distanz für die hinteren Reihen übermäßig zu.

Im Interesse der Asepsis, so wie des Lernenden wären mithin folgende Forderungen an einen neu zu erbauenden Operationssaal zu stellen:

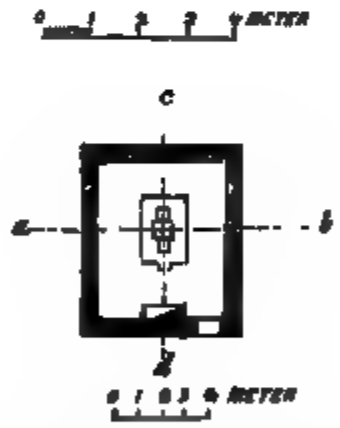
1) Sonderung des Zuschauerraumes vom Operationsraume.

2) Verminderung der Distanz der Zuschauer vom Operationsobjekte.

3) Bei nicht zu umgehender Vergrößerung der Distanz (viele Zuschauer) Vergrößerung des Sehwinkels.

Als auf Befehl I. K. Hoheit der Frau Großfürstin Katharina im Hebammeninstitute, in Parallele mit dem von Ihrer Hoheit erbauten klinischen Helenen-Institute, systematische geburtshilflich-gynäkologische Kurse für Ärzte, die sich in diesen Fächern ausbilden wollen, eröffnet waren, leiteten uns die oben angegebenen Gesichtspunkte bei Konstruktion eines neuen Operationssaales, vornehmlich für Laparotomien. Derselbe ist auf Kosten Ihrer Hoheit erbaut und seit dem Lehrjahre 1887 in Aktion. Beifolgender kleiner Grundriss mit einem Quer- und einem Längsschnitte geben die Hauptsachen genau an. Mehr detaillirte Zeichnungen und Durchschnitte in größerem Maßstabe sind auf der Ausstellung des X. internationalen medicinischen Kongresses in Berlin ausgestellt gewesenen Katalog No. 630. Der verwendete Raum ist in zwei durch Glaswände geschiedene Theile getrennt und hat $5^1/_4$ m Breite, $6^3/_4$ m Länge und 7 m Höhe, mithin ca. 250 cbm, wovon auf den eigentlichen Operationsraum über 150 cbm und ca. 100 cbm auf die Chöre für die Zuschauer kommen. Es konnte der Raum, der übrigens mehr als genügend ist, nur so groß sein, weil sonst der Sehwinkel von den Chören aus ein zu kleiner geworden wäre und der Operateur mit seinen Assistenten das Sehfeld verdeckt hätte. Der Zuschauer muss nur so viel von oben sehen, als es ohne Beeinträchtigung des Oberlichtes möglich ist. Der eigentliche Operationsraum so wie der obere Chor haben Ober- und Vorderlicht. Der untere Chor nur Vorderlicht. Die Chöre umgeben den Operationsraum von drei Seiten und haben ganz besondere, mit dem Operationsraume in gar keinem Konnexe stehende Eingänge. Der obere Chor springt, entgegengesetzt dem Amphitheater, gegen den unteren nach innen vor. Der untere Chor ist für die Ärzte des jährlichen Kursus, der obere für die Hebammenschülerinnen bestimmt. Letztere werden principiell zu den Operationen zugelassen, da ein richtiges Ver-

ständnis der Hebammen auch des chirurgischen Theiles der geburtshilflichen und gynäkologischen Thätigkeit für das große Publikum, das sich doch vornehmlich zuerst an die Hebammen wendet, von größter praktischer Bedeutung ist. Vom unteren Chore ist die Distanz bis zum Operationsobjekte ca. 3 m, vom oberen $4^1/_2$ m. Von beiden, namentlich vom unteren, sind bei Laparotomien die feinsten Details genau einzusehen (bei normaler Sehweite). Erwärmt wird der Raum durch einen Ofen, der länge der hinteren Wand bis nach oben hinaufsteigt und im unteren Theile mit seinen drei freien Flächen, im oberen Theile nur mit seiner vorderen Fläche dem eigentlichen Operationsraume zugekehrt ist; die oberen seitlichen Flächen des Ofens sind den Chören zugekehrt. Selbst bei den niedrigsten Temperaturen der äußeren Luft ist der Operationsraum auf beliebige Temperaturgrade zu erwärmen. Für die Ventilation der Chöre ist ein beliebiger Luftzutritt von außen und ein starker Apell vorhanden. Aus dem eigentlichen Operationsraume ist keine specielle Vorrichtung für Luftabzug vorhanden; derselbe ist nur als natürliche Ventilation durch die Chöre möglich. Luftzutritt in den Operationsraum geschieht nur durch die über dem Ofen angebrachte helle, heiße Kammer, welche ihrerseits aus der 5 m über dem Dache endenden Röhre Luft bekommt, die durch eine 20 cm dicke Schicht desinficirter und sterilisirter Watte gegangen ist. Der Luftzutritt aus der erwärmten Kammer wird durch die auf dem Durchschnitte angegebene Klappe regulirt. Bei prolongirter Narkose ist die Klappe, je nach der äußeren Temperatur, mehr oder weniger geöffnet während der ganzen Operation, auch bei geöffneter Bauchhöhle. Auf die angegebene Weise ist natürlicher Abzug aus dem Operationsraume durch die Chöre ermöglicht, umgekehrt aber unmöglich.



Im Operationsraume selbst ist in der Mitte eine leichte Erhöhung mit geringem Abfall zur Mitte und nach hinten angebracht.

Dieselbe ist bestimmt für den Operationstisch, den Eimer unter demselben, den Operateur und seine nächsten Assistenten. Auf den vier Ecken stehen Eimer mit Schalen zum Waschen und Desinficiren der Hände. Die nicht in den Eimer unter dem Operationstisch abfließenden Flüssigkeiten laufen längs der mittleren Vertiefung der Erhöhung nach hinten in einen zweiten flachen Eimer. Um die Erhöhung herum stehen Tische mit den Instrumenten und dem während und nach der Operation nöthigen Desinfektions- und Verbandmateriale. Längs der vorderen Fläche des Ofens wird durch eine Kurbel ein Brett beliebig hoch gestellt, an dem große Glaskrüge mit den nöthigen Irrigationsflüssigkeiten hängen. Die betreffenden Schläuche gehen über dünne Querleisten (von einer Seite des unteren Chores zur anderen) mit ihren Ansatzröhren bis in den Bereich der Hände des Operateurs und der Assistenten. Die Schläuche und ihre Ansatzstücke sind von verschiedener konventioneller Farbe und Dicke, so dass die Qualität der im gegebenen Momente nöthigen Flüssigkeit auf den ersten Griff zu haben ist.

Die Dielen und die Erhöhung sind mit Eisenplatten ganz glatt gedeckt und haben einen weißen Ölanstrich, wie überhaupt alle Wände und alle Gegenstände im Operationsraume wie im Zuhörerraume. Um eine möglichst rasche Waschung und Desinfektion des ganzen Raumes so wie der Luftkammer über dem Ofen, die vor und nach jeder Operation zu geschehen hat, zu ermöglichen, sind an den vorderen Wänden der Chöre große Klappen angebracht, die herabgelassen den 7 m hohen Raum in drei Theile scheiden. Bei dieser Vorrichtung wird der Operationsraum, die Kammer und die Chöre in 2 bis 3 Stunden gründlich mit Seife gewaschen nnd mit Sublimat ($^1/_{1000}$) abgewischt. In freier Zeit ist der ganze Raum absolut verschlossen. Zutritt in denselben haben überhaupt nur der Operateur, die Assistenten, die Gehilfinnen und die weibliche Bedienung der ganz isolirten gynäkologischen Operationsabtheilung. Die künstliche Beleuchtung wird durch den auf der Zeichnung angegebenen parabolischen Spiegel (wie solche für Lokomotiven verfertigt werden) von großer Höhe mit bedeutender Helligkeit effektuirt. Bisher haben wir mit besagtem Effekte eine ganz schmale Kerosinlampe (12 Linienbrenner) mit Stellschraube (um die Flamme richtig ins Centrum des Spiegels zu bringen) benutzt, wobei der Spiegel oben für das Glas und den Durchtritt der erwärmten Luft durchbohrt ist. Bequemer ist der gewöhnliche elektrische Brenner. Zur Vorsicht ist unterhalb des Beleuchtungsapparates, der direkt über dem Kranken hängt, eine 70 qcm große Spiegelscheibe angebracht. Die Wärmestrahlen sind bei der hohen Position der Lampe gar nicht zu spüren. Die Beleuchtung ist weit intensiver als die Tageshelle, die im Winter in Petersburg an dunkeln Tagen gegeben ist. In dem beschriebenen Raume haben wir die schwierigsten Laparotomien mit demselben Glücke wie die glücklichsten Operateure vollzogen und das häufig in Gegenwart von mehr als 100 Zuschauern aus-

geübt, ohne von denselben auch nur im mindesten gestört worden zu sein, ja überhaupt ihre Gegenwart irgend wie gefühlt zu haben, ohne auch nur die geringste Sorge um sie im Interesse der Kranken gepflegt zu haben. Nach fast vierjähriger ungetrübter Erfahrung glauben wir das beschriebene System als einen Fortschritt im Interesse der Asepsis und der Lernenden für gynäkologische und andere Operationssäle empfehlen zu können.

J. Balandin (St. Petersburg). Operative Behandlung einer großen Dehiscenz der Narbe nach Kaiserschnitt.

Auf der beigelegten Zeichnung ist die Vorderansicht des Bauches einer im 5. Schwangerschaftsmonate befindlichen Frau wiedergegeben, von der wir vor mehr als 3 Jahren den Kaiserschnitt nach Sänger ausgeführt haben. Sehr kleine rachitische Person. Absolute Beckenenge. Verlauf nach der Operation glatt. Narbe der Bauchdecken direkt unter dem Nabel und über der Symphyse etwas dünn. Wird mit gutschließender Bauchbinde entlassen. Nach 3 Monaten Bauchwand und Narbe genügend fest. Darauf geht Pat. aufs Land und stellte sich uns nach $1^1/_2$ Jahren (Leibbinde schon seit 6 Monaten weggelassen und durch eine Wickelbinde ersetzt) mit vollständiger Dehiscenz der Narbe vom Nabel bis zur Symphyse und einer entsprechenden Eventration vor. Angesichts der bekannten nicht ganz ungefährlichen und auch nicht ganz befriedigenden radikalen Operationsverfahren für solche Fälle, haben wir folgenden Operationsversuch gemacht, einen natürlichen Bauchverschluss herzustellen, der auch genügend gelang.

Wir spalteten die Haut auf 1—$1^1/_2$ cm zu beiden Seiten des Bauches bis in die Muskulatur hinein und legten drei Reihen die beiden Seiten verbindende Nähte an, so dass sich über der sehr verdünnten Haut der Hernie zwei Hautschichten mit dazwischen liegender mehr oder weniger starken Muskellage bildeten. Die erste Reihe mit Katgut verbindet die Hautschicht, die der Narbe zugekehrt wird; die zweite Reihe mit Seide geht durch beide Haut-

partien und die Muskeln (ohne das Peritoneum mitzufassen); die dritte Reihe oberflächlich durch die obere Hautschicht auch mit Seide. Nach Schluss der Nähte über der Symphyse starke Spannung. Feste Binde nach Hegar mit Heftpflaster und dann cirkuläre Binde um den Leib.

Die Verheilung ging ziemlich rasch vor sich, nur bildeten sich in Folge der Spannung in der neuen Bauchschicht an einzelnen Stellen kleine Lücken. An der Stelle, wo jetzt die ziemlich große Dehiscenz zu sehen ist, blieb ein Defekt von etwas weniger als halber Thalergröße zurück. Sonst bedeutende Festigkeit der neuen Unterstützungsschicht der Bauchwand. Die gegenüber liegenden Hautpartien secerniren und werden täglich mit einem Katheter, der sich ganz frei zwischen denselben bewegen lässt, ausgewaschen. Pat. wird entlassen und ist mit einer gewöhnlichen gutsitzenden Leibbinde vollkommen gesund. Seit $^3/_4$ Jahren auf dem Lande. Vor Kurzem stellte sich Pat. wieder vor, im 5. Schwangerschaftsmonate. Leib ziemlich stark ausgedehnt, die neue Narbe nicht sehr gespannt, nur ist die oben angegebene zurückgebliebene kleine Lücke über der Symphyse zweithalergroß geworden. Bei Wachsthum des Bauchinhaltes sind die oberen und seitlichen Partien des Defektes nach oben und seitlich ausgewichen.

Wir glauben, in Anbetracht der nach Laparotomie immer noch häufig genug vorkommenden Erweiterung der Narbe und der nicht genügenden und nicht ungefährlichen, betreffenden radikalen Operationsmethoden dem Falle, in dem nur durch die erneuerte Schwangerschaft der erlangte Erfolg bei vollständiger Eventration beeinträchtigt wird, ein gewisses operatives Interesse zuschreiben zu müssen.

E. Truzzi. Über die Kastrirung bei der Osteomalacie.

Zwei durch Kastrirung operirte Osteomalaciefälle.

Diese beiden klinischen Fälle bieten ein besonderes Interesse, ersterer in geschichtlicher Beziehung, da es sich um die erste Kastrirung handelt, welche man in Italien der Osteomalacie wegen ausgeführt hat, letzterer in Bezug auf die Entstehung und Behandlung, denn die durch Kastrirung operirte Pat. war von einer sehr seltenen Krankheit, der nicht puerperalen Osteomalacie, befallen.

1. Fall. Frau G. M. aus Mailand, 26 Jahre alt. — Während ihrer ersten Schwangerschaft wurde sie von osteomalacischen Schmerzen befallen; die Entbindung geschah spontan, zur bestimmten Zeit, aber etwas schwer. — Während der zweiten und letzten Schwangerschaft kamen, außer den merklich gesteigerten Schmerzen, sogar bedeutende Schwierigkeiten bei fast allen Bewegungen und Einsinken des Leibes hinzu. Frühzeitige künstliche Entbindung in der Entbindungsanstalt zu Mailand: normale Folgen des Wochenbettes, aber keine Besserung der Osteomalacie, welche nun einen wirklich fortschreitenden Charakter angenommen hat. Desshalb führt T., 32 Tage nach der Entbindung, die zweiseitige Ausschneidung des Eierstockes aus. Keine krankhaften Veränderungen in den weggenommenen Anhängen. Sehr bedeutende Besserung der Osteomalacie: die Verkrümmung des Beckens hört vollständig auf. Keine monatliche Reinigung mehr.

2. Fall: Die ledige G. L. aus Mailand, 34 Jahre alt. Im Alter von 31 Jahren wurde sie von osteomalacischen Schmerzen befallen, welche nach und nach die unteren Extremitäten, die Wirbelsäule, das Becken, die Rippen, und zuletzt auch die oberen Extremitäten, mit Ausnahme der Hände, ergriffen. Zu diesen Schmerzen gesellten sich sogar Einfallen des Leibes, Abmagerung, übermäßiger Schweiß, sehr merkliche Missbildungen des Brustbeines, der Rippen, des Beckens, der Wirbelsäule, kurz, die charakteristischen Anzeichen der Osteomalacie. T. führte am 17. Juni 1890 die zweiseitige Ausschneidung des Eierstockes aus. In den weggenommenen Anhängen bemerkte man keine Veränderungen, außer dem Vorhandensein eines kleinen Herdes von büschelartigem Fleischgewächs mit spindelförmigen Zellen unmittelbar am Hilus des linken Eierstockes, welcher aber so klein war, dass derselbe absolut gar keinen Zusammenhang mit dem allgemeinen Zustand der Pat. haben konnte.

Die Besserung erfolgte ziemlich rasch nach der Kastrirung: 10 Tage nach der Operation konnte die Pat. sich schon im Bette bewegen, und jetzt sieht man sie ohne Krücken und ohne jede andere Stütze gehen. Die Knochenschmerzen sind fast gänzlich verschwunden, selbst wenn man solche Theile, wie das Becken und die Rippen, ziemlich stark drückt, welche früher sehr empfindlich waren.

Die Erklärung jener Thatsachen ist ohne Zweifel sehr schwierig. Die Theorie der Entstehung der Osteomalacie, Theorien, welche man chemische Theorien nennen darf, dienen nicht viel dazu, uns Aufklärung zu verschaffen, wie es möglich ist, dass die Abschaffung des Geschlechtslebens eine merkliche Besserung, ja sogar die Heilung der puerperalen und der nicht puerperalen, von dem sogenannten physiologischen Elend abhängigen Osteomalacie verursachen kann. Vielleicht liegt die beste Erklärung in den Wechselbeziehungen, welche zwischen den verschiedenen Lebenserscheinungen der Geschlechtsdrüsen des Weibes und zwischen der neurotrophischen Bewegung der Gewebe, dem Ernährungsaustausch in der allgemeinen Ökonomie bestehen. T., erwähnt viele Thatsachen, welche dazu veranlassen dürften, die bessernde Wirkung der Kastrirung auf die Osteomalacie durch die Veränderungen zu erklären, welche diese Verstümmelung in der allgemeinen neurotrophischen Bewegung und besonders in den Ernährungserscheinungen der Knochen und der Muskeln verursacht hat.

Da man jedoch die Wirkungsweise des Nervensystems auf diesen Verwandlungsaustausch im Inneren der Knochen noch nicht genug kennt, glaubt T., dass man gegenwärtig die Kastrirung noch einfach als ein erfahrungsmäßiges, aber doch für die Besserung und sogar für die Heilung der Osteomalacie vielleicht recht sicheres Mittel betrachten soll.

Dieses empirische Mittel entbehrt nicht eines gewissen rationellen Charakters, sobald man den Vortheil berücksichtigt, durch die Kastrirung die Frauen der Gefahr der Schwangerschaft zu entziehen und dieselben von einer zu schweren Steuer, d. h. von der monatlichen Reinigung zu befreien.

Fehling (Basel). Über Wesen und Behandlung der puerperalen Osteomalacie.

Der Vortr. erinnert an die schlechte Prognose, welche schwere Fälle von Osteomalacie bisher gaben; die Mehrzahl der Kranken ging an den Folgen geburtshilflicher Operationen oder an chronischem sekundärem Siechthum (Tuberkulose etc.) zu Grunde. Ein Wendepunkt in dieser Beziehung wurde durch die Sectio caesarea nach Porro gegeben. Die rasche Ausheilung schwerer Fälle von Osteomalacie nach Wegnahme des Uterus und der Ovarien legte den Gedanken nahe, auch außerhalb des Fortpflanzungsprocesses durch Wegnahme der Ovarien einen Versuch zur Heilung zu machen.

So hat der Vortr. zuerst vor $3^1/_2$ Jahren in einem Fall von schwerer Osteomalacie die Kastration ausgeführt und seither weiter 8 Fälle operirt; von diesen 9 Kranken verlor er 1 an Darmstenose durch Adhäsion des Darmes an dem ventrofixirten Uterus, die anderen 8 machten eine glatte Rekonvalescenz durch und sind dauernd geheilt. Das Alter der Operirten schwankte zwischen 28—51 Jahren, meist waren es Frauen mit zahlreicher Nachkommenschaft, welche schon Jahre lang, das Maximum betrug 13 Jahre, an der Krankheit litten.

Die Beobachtung dieser, so wie einiger anderer nicht operirter Fälle gab Anlass, der immerhin noch sehr dunkeln Ätiologie dieser Krankheit nachzugehen.

Harnuntersuchungen bei Anderen bald positiv, bald negativ ausgefallen, versprachen nach den ausgeführten vergleichenden Untersuchungen kein wesentliches Resultat, zumal da die pro Tag in Betracht kommenden geringen Kalk- und Phosphorsäuremengen innerhalb der Fehlerquellen liegen.

Auch die Untersuchung des Blutes der Kranken so wie der exstirpirten Ovarien auf Bakterien fiel vorläufig negativ aus. Während der Vortr. früher selbst geneigt war an eine infektiöse Natur der Erkrankung zu glauben, wofür besonders das endemische Vorkommen spricht, so ist er jetzt wesentlich durch die Operationsresultate davon zurückgekommen.

Die von Jaksch nachgewiesene verminderte Alkalescenz des Blutes ließ sich in einzelnen Fällen nachweisen, in anderen nicht; vermindert war die Alkalescenz besonders in den kachektischen Fällen, wie dies ja Jaksch überhaupt für zahlreiche akute und chronische Erkrankungen nachgewiesen hat. Bei Untersuchung des Blutes derselben Kranken war nach und vor der Operation resp. Heilung kein wesentlicher Unterschied in der Alkalescenz nachzuweisen, so dass in der Verminderung der Alkalescenz kein thatsächliches ätiologisches Moment der Osteomalacie erblickt werden kann.

Eben so wenig kann in der Sterilisirung der Kranken der Heilfaktor gesucht werden; das wesentliche ist der Wegfall der Ovulation, denn es sind Frauen darunter, bei welchen 4—8 Jahre lang

keine Geburt mehr stattgefunden hatte, und wo erst auf die Kastration hin rasche Heilung eintrat.

Von Bedeutung für eine richtige Auffassung der Krankheit erscheint dem Redner:

1) Die jeweilige deutliche Verschlimmerung des Leidens mit der Menstruation.

2) Die überraschend schnelle Abnahme der Schmerzen der befallenen Theile sofort nach der Operation, und zwar pflegt die Schmerzhaftigkeit der Rippen und des Sternums schon vom dritten Tage ab vor der des Beckens nachzulassen.

3) Der enorme Reichthum der exstirpirten Uterusanhänge an venösen und arteriellen Gefäßen, mit Dilatation derselben wie in der Schwangerschaft deutet darauf hin, dass hierin ein wesentliches Moment der Erkrankung liegt. Bisher hat die makro- und mikroskopische Untersuchung der Ovarien weder am Parenchym noch am Bindegewebe etwas Besonderes ergeben, es fehlt noch die vergleichende Untersuchung der Ovarien durch Serienschnitte.

4) Die auffallende Fertilität der osteomalacischen Frauen, in den Fällen des Vortr. betrug sie durchschnittlich 5,4,

	nach Baumann	6,8
	- Rosenträger	8,2
dagegen	- anderen Kaiserschnitten	3,7
	Durchschnitts-Fertilität in Deutschland	3,9.

Diese erhöhte Fertilität deutet auf eine vermehrte funktionelle Thätigkeit der Ovarien hin, denn auch nach ausgebrochener Krankheit ist die Häufigkeit der Empfängnis noch bemerkenswerth.

Vortr. sieht daher das Wesen des Krankheitsprocesses in einer pathologisch erhöhten Thätigkeit der Ovarien. Nasse hat nach Durchschneidung des Ischiadicus eine Abnahme der organischen Substanz der Knochen nachgewiesen; es liegt nah an eine von den Ovarien ausgehende reflektorische Erregung der Vasodilatatoren der Knochengefäße zu denken; die Folge davon ist eine Stauungshyperämie im Knochen, unter deren Einfluss eine erhöhte Resorption des angebildeten Knochens stattfindet.

In Folge der Kastration fällt die Reizung der Vasodilatatoren weg, dadurch Kontraktion der Gefäße und Ausheilung.

Redner sieht demnach die Osteomalacie als eine vom Ovarium ausgehende reflektorische Trophoneurose des Knochensystems an und stellt sie in Analogie mit Struma, Morbus Basedowii.

Er hofft, dass weitere durch Porro oder Kastration erzielte Erfolge zur Lösung der noch schwebenden Fragen beitragen werden.

G. Rein (Kiew). Aseptik oder Antiseptik bei Laparotomien?

Die glänzenden Erfolge der Laparotomie in allen Ländern sind unser Aller Stolz, nicht nur für Gynäkologen und Chirurgen, sondern für die gesammte heutige Medicin.

Nichtsdestoweniger haben wir noch keine allgemein anerkannte und streng wissenschaftliche Methode der Wundbehandlung bei Laparotomien. Ich möchte daher einen Versuch machen, den jetzigen Stand der Frage in der Klinik wissenschaftlich zu begründen.

Die Mikrobentheorie über die Entstehung septischer Erkrankungen und fortschreitender Eiterung ist jetzt als bewiesen zu betrachten. Wir bestreiten nicht die Möglichkeit einer Eiterung ohne Mikroben und eben so die Möglichkeit einer Immunität gegen in den Organismus eingeführte eitererzeugende Mikroben (Grawitz u. A.), aber das widerlegt keineswegs den für uns wichtigen Kernpunkt der Frage. Daher gilt mit Recht auch jetzt noch wie zur Zeit der Einführung des Lister'schen Verfahrens der Schutz der Wunde vor Mikroben für eine der wichtigsten Pflichten des Chirurgen.

Daraus ergiebt sich, dass wir nur zwei richtig wissenschaftliche Methoden der Prophylaxis und Behandlung von Wunden haben: die antiseptische und die aseptische. Die übrigen noch etwa vorkommenden Verfahren lassen sich alle im Wesentlichen zur einen oder anderen von beiden rechnen.

Die Eigenthümlichkeiten der pathogenen Mikroben sind noch längst nicht vollständig erforscht, eben so wenig die Bedingungen, unter denen nicht pathogene und pathogene Mikroben gefährliche Ptomaine und Toxine bilden. Daher ist zu wirklich sicherem Schutze der Wunde vor schädlichen Mikroben unbedingt nothwendig, die Wunde nicht nur vor septischen und Eiter erzeugenden Mikroben, sondern vor allen Mikroben überhaupt zu schützen, d. h. ihre vollständige Sterilität anzustreben. Die Sterilität der Wunde ist unser Ziel sowohl bei dem aseptischen, als auch bei dem antiseptischen Verfahren.

Haben wir aber Mittel und Wege, die Sterilität der Wunde in der Klinik zu erreichen? Ja. Ich erlaube mir hier in Kürze das in meiner Klinik angewandte Verfahren zu schildern, als Ergänzung zu meinem unlängst im Centralblatt für Gynäkologie veröffentlichten Aufsatze [1]. Ich halte für das wirksamste und geeignetste sterilisirende Agens komprimirten flüssigen Dampf; bei mir wird er angewandt zur Sterilisation der Verbandstoffe, Instrumente, Wäsche, Operationsmäntel und Kleidung der Assistenten, Ligaturen, Wasser etc. bei 110—119° C. Eine einmalige Sterilisation durch nicht kromprimirten Dampf ist ungenügend, erstens weil die Mikroben und Sporen dabei nicht sicher getödtet werden und zweitens weil möglicherweise auch giftige Produkte ihrer Thätigkeit nicht zerstört werden (cf. Brieger und C. Fränkel [2]).

---

[1] G. Rein, »Zur Asepsis bei Laparotomien«. Centralbl. für Gynäkologie 1890. No. 9. Russisch im Wratsch 1890. No. 2 und 3. — Vgl. auch die Aufsätze von Dr. Pissemsky im »Wratsch« 1890 No. 18 und 21 und eine Reihe von Mittheilungen desselben in den Sitzungen der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft zu Kiew 1889 und 1890.

[2] Berliner klin. Wochenschrift 1890.

Bei einer streng wissenschaftlichen Aseptik, die nach Ausschließung aller Zufälligkeiten strebt, müssen wir auch sterilisirtes Wasser und sterilisirte Luft haben. Hierüber gestatten Sie mir etwas ausführlicher zu sein.

Kliniken mit centraler Wasserheizung, wie z. B. meine, können steriles warmes Wasser sehr bequem und in beliebigen Quantitäten aus dem zur Beheizung dienenden Röhrensystem erhalten. Das Wasser erfährt hier täglich eine Erwärmung von 40—60° R., was, wie wir aus den Tyndall'schen Untersuchungen wissen, zur Sterilisation vollständig ausreicht. Zur größeren Sicherheit und um alle mechanischen Beimischungen fern zu halten, filtrire ich dieses in den Operationssaal geleitete Wasser durch einen Chamberland-Pasteur'schen Filter. Der sterilisirte Zustand dieses Wassers ist bei mir mehrere Male durch bakteriologische Untersuchungen bewiesen.

Zur Reinigung der Luft von Mikroben dient Filtrirung derselben in Ventilationskanälen durch Wattenfilter und Bespülung der Wände und Decke, so wie Durchspülung des gesammten Luftraumes im Zimmer mit einer großen Menge von Wasser unter Zuhilfenahme eines starken, fein vertheilten Strahles aus dem Wasserleitungskrahne. Neuerdings ist in meiner Klinik nach einer Idee von Dr. Sapieschko eine sinnreiche und billige Vorrichtung zur Durchspülung der Luft getroffen. Modell dieser wichtigen Vorrichtung und genaue Beschreibung werden vom Erfinder selbst mitgetheilt werden. Bei Anwendung dieser Vorrichtung entgeht sicher kein Punkt der Decke, der Wände und des ganzen Luftraumes der Wirkung des Wassers und alle Staubtheilchen werden auf den Fußboden gezogen.

Das aseptische Verfahren besteht aus diesen aufgezählten Hauptmaßregeln.

Wenn wir nun nicht die Aseptik, sondern die Antiseptik im gewöhnlichen Sinne des Wortes anwenden, so werden außerdem noch desinficirende Substanzen in die Wunde selbst geführt. Wir wissen aber jetzt genau, dass der Organismus an und für sich schon über eigene Mittel zum Kampfe mit den Mikroben verfügt (dazu gehören bekanntlich die mikrobentödtenden Stoffe, die von Buchner, Nissen, Nutall und neuerdings Netschaeff[3] im Blute und von Prudden in der Flüssigkeit bei Ascites gefunden sind) und theils auch die Phagocyten von Metschnikow. Daher begnügen wir uns jetzt mit der Anwendung von möglichst geringen Quantitäten und möglichst schwachen Lösungen von antiseptischen Mitteln. Nur solche lassen wir in die Wunde gelangen. Ja, die bakteriologischen Erfahrungen zeigen, dass selbst kleine Beimengungen von Desinfektionsstoffen zu dem Nährboden einen starken Einfluss auf die Entwicklung von Mikrobenkulturen in ihnen ausüben. In meiner Klinik wird bis jetzt vorzugsweise 2%ige Karbollösung gebraucht, und zwar nur zum Waschen der Schwämme während der Operation, zur Rei-

[3] Medicinskoe Obozrenie 1890. No. 10. (Russisch.)

nigung der Instrumente und zum Waschen der Hände, falls die Operation länger dauert. Auf die Weise können nur äußerst geringe Dosen von Karbolsäure in den Organismus gelangen.

Es fragt sich nun: sind alle aufgezählten Mittel genügend zur Erreichung der völligen Sterilität der Wunde?

Zur Kontrolle wurden bei mir bakteriologische Untersuchungen vom Assistenten Dr. Pissemsky angestellt unter gefälliger Mitwirkung der Specialisten für Bakteriologie Prof. Pawlowski und Dr. Janowski. Die Untersuchungen erstreckten sich nach den allgemein bekannten Regeln auf die Ligaturen, Schwämme, Verbandmittel, auf die Wäsche, Operationsmäntel, Instrumente, Fingernägel und die Epidermis an den Händen des Operateurs und seiner Assistenten, auf Wasser und Luft im Operationszimmer und schließlich auf die Wunde selbst und die Bauchhöhle.

Das allgemeine Resultat von mehr als 200 Einzeluntersuchungen ist viel günstiger als das Ergebnis der bisher publicirten Untersuchungen in diesem Gebiete (cf. Schlange u. A.). Es zeigte sich, dass es bei unserem Verfahren gelingt, fast sicher Alles zu sterilisiren, was mit der Wunde in Berührung kommt[4], außer der Luft. Letztere wurde durch Niedersetzung auf Plättchen und Doppelschalen untersucht. Bei 50 zu verschiedener Zeit angestellten Beobachtungen ergab sich, dass im Operationszimmer die Luft verhältnismäßig viel reiner war als in den benachbarten Räumen, nichtsdestoweniger fand sich, dass die Luft des Operationszimmers zur Zeit der Operation ziemlich bedeutend mit Mikroben inficirt war (im Maximum 38 Kolonien). Nur einmal von 30 Beobachtungen ergab sich das Minimum von 0 Kolonien vor der Operation und 2 Kolonien während derselben.

Am interessantesten und am wichtigsten sind die Resultate der Untersuchungen auf Mikroben in den Geweben der Bauchwunde und im Inneren der Bauchhöhle selbst. Im Ganzen fanden 43 Untersuchungen statt. Die excidirten Gewebsstücke wurden auf entsprechenden Nährboden übertragen, und zwar meistentheils bei Beendigung der Operation, doch gelang es dabei begreiflicherweise nicht immer alle nothwendigen bakteriologischen Vorsichtsmaßregeln anzuwenden.

Trotz dieser ungünstigen Umstände erwiesen sich in 4 von 7 Fällen die Gewebe aus der Bauchwunde als vollständig steril; Blut und Blutgerinnsel, die mit dem Schwamm nach Beendigung der Operation aus dem Grunde des Douglas'schen Raumes herausgeholt wurden, zeigten in 5 von 10 Fällen sich ebenfalls steril. Außerdem wurden untersucht Stückchen von Verwachsungen, Ascitesflüssigkeit, Thromben aus dem torquirten Stiele der Cyste etc. Schließlich wur-

[4] Demonstration der Präparate. Zwischen ihnen giebt es Stücke von Verbandstoffen, die am 8.—10. Tage bei dem ersten Verbandwechsel von der Oberfläche der Wunde genommen und steril gefunden, so wie die Fäden aus der Naht der Bauchwunde.

den noch Stückchen untersucht, die aus der Schnittfläche des Stieles genommen waren, und in 6 von 9 Fällen, also in 66%, erwiesen sie sich als steril. (Demonstration der verschiedenen Gewebe aus der Bauchwunde und der Bauchhöhle, die bis jetzt steril sind.)

Somit ergab sich die Sterilität der Wunde als erreichbar und bakteriologisch bewiesen, sowohl bei Asepsis als bei Antisepsis, wenn auch nicht in allen Fällen.

Betrachten wir nun die Resultate der parallelen klinischen Beobachtungen. Bei 87 Laparotomien[5], die ich nach den geschilderten Principien in den letzten 4 Semestern ausgeführt habe, habe ich im Ganzen 2 Operirte verloren, was eine Sterblichkeit von 2,20% ausmacht. Darunter starb nur eine an septischer Peritonitis nach einer schweren Enucleation der intraligamentären Cyste.

Dies allgemeine Resultat einer Sterblichkeit von 1,1% an septischen Erkrankungen muss, denke ich, für recht befriedigend gelten, besonders in Anbetracht der großen Zahl sehr schwieriger Fälle und der geringen Zahl von leichteren Operationen (wie Entfernung von Adnexa, Kastrationen etc.), so wie in Anbetracht dessen, dass die Operationen in einer Universitätsklinik stattfanden, die in ausgedehnter Weise von den Studenten benutzt wird.

In Betreff der Anzahl der fieberhaften Erkrankungen in der Post-operationsperiode war das Resultat noch günstiger: 46%[6] aller Fälle verlief absolut fieberlos (die höchste Temperatur war 37,6° C.). Die Zahl der Fälle, wo die Temperatur niemals über 38° stieg, betrug im Ganzen 77,3%. Schließlich darf man bei den 22,7% Fiebernden nicht immer Erkrankungen in Folge der Operationswunde annehmen.

Aus den angeführten Zahlen sieht man, dass auch nach den klinischen Erfahrungen in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle Sterilität der Wunde und aseptischer Verlauf erzielt wurden.

Jetzt wollen wir uns nun zur Beantwortung der in der Überschrift gestellten Frage wenden: welchem Verfahren müssen wir den Vorzug geben, der Aseptik oder Antiseptik?

Die Antwort auf diese Frage fällt jetzt viel leichter als früher. Wir haben gesehen, dass bei der jetzigen Sachlage der Unterschied zwischen der Antiseptik und der wissenschaftlichen Aseptik längst nicht so groß ist, wie noch vor einigen Jahren. Damals begossen wir die Wunde oder wuschen gar die ganze Bauchhöhle mit einer wahren Riesenmenge 3—4%iger Karbollösung oder anderer Antiseptica. Wir tränkten die Luft des Operationszimmers mit einem erstickenden Dunste von Karbolspray und vergifteten dabei den Kranken und uns selbst.

---

[5] Ovariotomien 52, Enucleationen der intraligamentären Cysten 7, Myomotomien 8, Graviditas extra-uterina 4, Explorativschnitte 4, Resectio eines Cystocarcinoms, Salpingotomien 6, Kastrationen 1, Ventrofixatio uteri 1, Laparotomia secundaria 3.

[6] Das Fieber war meist gering — 40° C. keinmal.

Die Übertreibungen bei der Anwendung der Antiseptik haben eine völlig natürliche Reaktion hervorgerufen. Es erschienen die Arbeiten von Köberlé, Lawson Tait, Bantock und Anderen. Ihr großes Verdienst besteht darin, dass sie uns veranlassten, nochmals sorgfältig zu prüfen, ob bei unserem antiseptischen Armamentarium auch Alles unbedingt nothwendig sei. Gleichzeitig hat die noch junge Wissenschaft der Bakteriologie sich ihre gesetzliche Existenz in den Kliniken recht erkämpft.

Sie hat uns die Möglichkeit einer genauen Kontrolle über alle unsere Handlungen gegeben, sie hat gezeigt, dass das, was früher wenig wahrscheinlich schien, nämlich Erzielung von Sterilität der ganzen Umgebung der Wunde und sogar der Wunde selbst, sehr wohl möglich ist; Dank ihrem Eingreifen hat sich die heutige Methode der Prophylaxis herausgebildet, die oben kurz aus einander gesetzt ist.

Das Wesentliche bei der heutigen Antiseptik und Aseptik kommt darauf heraus, dass unser Hauptbestreben, auf die Sterilität gerichtet ist, nicht der Wunde selbst, sondern Alles dessen, was mit der Wunde in Berührung kommt. Diese Methode unterscheidet sich ziemlich scharf von derjenigen, die man gewöhnlich die antiseptische nennt, und sie entspricht weit mehr unserer idealen Forderung nach vollständiger Sterilität der Wunde. Zugleich wird dies Ziel ohne jeden Schaden für Pat. und Operationspersonal erreicht. Von der empirischen »Sauberkeit« Bantock's, Lawson Tait's u. A. unterscheidet sie sich vortheilhaft dadurch, dass sie einer streng wissenschaftlichen Kontrolle unterliegt und daher zuverlässiger ist.

Desswegen verdient die heutige Methode der Prophylaxis der Wunde einen eigenen Namen und mir scheint es am geeignetsten, ihr den Namen »Sterilisationsmethode der Wundbehandlung« zu geben. Mit diesem Namen sind die Hauptgrundlagen des Verfahrens, das Wesen der Methodik und das Ziel der Methode in gleicher Weise ausgedrückt. Es ist leicht zu begreifen, dass die Sterilisationsmethode eigentlich die aseptische Methode ist, denn sie entspricht der bakteriologischen Bestimmung der Asepsis oder besser der Sterilität der Wunde.

Wenn wir somit den Begriff der Sterilisationsmethode der Wundbehandlung festgestellt haben, so folgt aus dem oben Gesagten, dass aseptische und antiseptische Methode im klinischen Sinne eigentlich nur Unterabtheilungen oder verschiedene Anwendungsformen dieser selben Methode sind. Die Wahl zwischen ihnen ist daher nicht schwer.

Principiell ist die Aseptik höher zu stellen als die Antiseptik, schon desswegen, weil bei ihr überhaupt keine giftigen Stoffe dem Organismus zugeführt werden. Es ist wahr, dass letztere, in geringer Quantität und schwacher Lösung verabfolgt, keine allgemeine Vergiftung des Organismus hervorzurufen im Stande sind; aber sie können doch auf die Elemente der Gewebe schädlich wirken, indem sie

lang ihrer regenerativen Thätigkeit beim Zuheilen können. Da überhaupt lebende, nicht inficirte Mikroben enthalten, so ist die ganze Antiseptik Ausdruck unseres Unvermögens, die Wunde vor hädlicher fremder Agentien zu schützen, die in ht gelangen sollten.

ıicht daran, dass, wenn das Princip der Aseptik ıt ist, und wenn bewiesen ist, dass die Sterilität r Aseptik sehr wohl zu erreichen ist, dass man hren erfinden wird, welches diese Methode absolut die Praxis noch brauchbarer macht. Vielleicht entorderungen die oben erwähnte Vorrichtung von

[illegible] Die bisherigen Experimente gaben die vortrefflichsten Resultate.

Aber bis jetzt müssen wir noch in der Mehrzahl der Fälle der ıtiseptik den Vorzug geben, im Sinne einer Anwendungsform der erilisationsmethode. Das verlangt die Vorsicht. Wenn wir keine rile Luft haben oder ohne Zutritt der Luft operiren können, so es natürlich sehr schwer und fast zufällig möglich, auch eine rile Wunde zu haben. Das ist klar für jeden Bakteriologen, der i seinen Arbeiten immer die sorgfältigsten Vorsichtsmaßregeln gea den direkten Zutritt der Luft ergreift.

Außerdem wird die Berechtigung der Antiseptik an unserem nischen Material im letzten Semester praktisch bestätigt. Von 28 Fällen haben wir 15 absolut aseptisch behandelt, während bei den 13 anderen die Sterilisirungsmethode im Verein mit 2%iger Karbollösung zur Reinigung der Schwämme und Instrumente Anwendung fand. Bei der ersten Kategorie waren nun sowohl der klinische Verlauf als auch die Resultate der bakteriologischen Untersuchungen etwas ungünstiger als bei der zweiten. In der Post-operationsperiode trat in der ersten Gruppe bei 40% Fieber ein (d. h. eine Temperatur von über 38°, wenn auch nur einmalig), in der zweiten Gruppe nur bei 15%. Der einzige Todesfall wurde gleichfalls in der ersten Gruppe beobachtet. Dagegen ergab die zweite Gruppe im Verein mit den in den drei vorhergehenden Semestern nach derselben Methode Operirten nur einen Todesfall auf 72 Laparotomien. Also haben wir in der zweiten Gruppe eine Sterblichkeit von 1,3% und keinen einzigen Fall von Sepsis, während die erste Gruppe einen Todesfall auf 15 ergab, also 6,6%[7].

Somit folgt aus dieser Statistik, wenn man auf so geringe Zahlen sich verlassen darf, dass die Antiseptica nicht gänzlich aus den Kliniken hinauszuwerfen sind. Es wäre sogar komisch, wenn wir uns jetzt aus Mode vor jedem Tropfen dünnen Karbolwassers wie vor

[7] Übrigens muss ich bemerken, dass auch diese Gruppe ein besseres Resultat ergab als meine vorhergegangenen, 1883—1888 ausgeführten 136 Laparotomien. Letztere fanden statt unter ausgedehnter Anwendung der klassischen Antiseptik und ergaben eine Sterblichkeit von 15,9%.

Feuer fürchten wollten[8], während wir es noch vor Kurzem literweise anwandten.

Ich bin überzeugt, dass auch in Zukunft, selbst wenn die reine Aseptik, den ihr gebührenden dominirenden Platz einnimmt, die Antiseptik in der einen oder anderen Form nicht ganz zu umgehen sein wird. Aseptik wie Antiseptik werden in der Klinik ihre besonderen Indikationen haben. Eine genaue Differenzirung der Indikationen wird sich erst in der Zukunft aufstellen lassen. Gegenwärtig kann man nur annähernd folgende Indikationen für die antiseptische Form der Sterilisationsmethode angeben:

1) Vorhandene mikrobische Erkrankungen des Bauchfells.

2) Eiteranhäufungen im Bauchfell und den anliegenden Geweben.

3) Operationen in nicht genügend eingerichteten Räumen, z. B. in der Privatpraxis.

4) Unbeendigte Operationen.

5) Extraperitoneale Methode.

6) Nothwendigkeit der Drainage.

7) Augenblickliches Vorkommen infektiöser Wundkrankheiten im Hospital.

Aseptische Form der Sterilisationsmethode ist vielleicht schon jetzt angezeigt bei Erkrankungen von parenchymatösen Organen, besonders der Nieren, und bei Probeschnitten.

In allen übrigen Fällen ist die Auswahl zwischen den beiden Verfahren vollständig dem persönlichen Ermessen des Operateurs überlassen; doch kann die vorsichtige Anwendung der reinen Aseptik als durchaus berechtigt gelten.

Indem ich damit meine Mittheilung schließe, erlaube ich mir nochmals das Résumé zu formuliren:

Als das rationellste Verfahren bei der Wundbehandlung ist gegenwärtig das Sterilisationsverfahren zu betrachten, weil es uns die Möglichkeit, die sterile Wunde zu haben, giebt.

Eine Theilung oder Scheidung zwischen Aseptik und Antiseptik halte ich dabei nicht für wesentlich, aber so lange wir kein vollkommenes Verfahren bei der Anwendung der Aseptik besitzen, darf man in der überwiegenden Mehzahl der Fälle von der Einführung mäßiger Quantitäten von Desinfektionsmitteln in die Wunde noch nicht vollständig Abstand nehmen.

Landau (Berlin). Diagnostische und therapeutische Erfahrungen über Tubensäcke. (Hydrosalpinx, Pyosalpinx.)

Diagnose.

1) Tubensäcke sind ungleich häufiger, als man früher annahm, und recht Viele heute noch annehmen. Parametritis, Perimetritis,

---

[8] Meine gesammte bisherige Statistik beträgt 225 Laparotomien mit 10,2% Sterblichkeit.

Metritis, solide Tumoren, als Fibroide, Myome, Ovarialtumoren u. dgl. wurden und werden für sie gehalten.

2) Die Tubensäcke sind heut zu Tage absolut zahlreicher als früher. Zu den immer vorhandenen ätiologischen Momenten Gonorrhoea, Infektion intra et post abortum et partum, Darmkrankheiten etc. kommen jetzt die Eingriffe der sogenannten Gynaecologia minor. Ganz allgemein gesagt: Zu viel Kunsthilfe!

Speciell:

a. Manipulationen am Collum,

b. intra-uterine Eingriffe (Injektionen, Auskratzung, Ätzung).

Aber Infektion der Tuben ist auch bei strengster Asepsis, ja strengster Antisepsis möglich. Wir können im Genitalrohr nur für die Zeit des Eingriffs selbst aseptisch sein; für die Zeit der Ausheilung, nachher, nicht.

Infektion der Tuben entsteht auch auf dieselbe Weise, wie Epididymitis nach Injektion scharfer Einspritzungen in die Urethra.

3) Unsere diagnostische Kenntnis stammt von den Laparotomien, von der verbesserten Untersuchungsmethode.

4) Die angegebenen Schulzeichen:

a. Form,

b. Größe,

c. Beweglichkeit,

sind selten zutreffend, meist konstruirt. Gleichfalls lassen die Anamnese, die Symptome, der Verlauf nichts Charakteristisches erkennen.

5) Eine gewisse Bedeutung kommt jedoch den Tubenkoliken zu.

Hydrosalpinx.

6) Es giebt für diese objektive Zeichen; ich finde zwei höchst bezeichnende, eins davon pathognomonisch.

a. Charakteristisch ist der Sitz (Entwicklung),

b. Pathognomonisch ist ein palpatorisches Verhalten, nicht der Tube selbst, sondern des Uterus. Luftkissenartige Lagerung, — Federung!

7) Ausnahmen für das Vorkommen dieser Symptome:

a. wenn der Uterus selbst fixirt ist,

b. wenn zu wenig Inhalt in den Säcken,

c. wenn die Sackwand durch Schwarten bedeckt und verdickt ist.

Ist das Symptom des Federns des Uterus wie auf einem Luftkissen vorhanden, so ist die Diagnose auf Tubensäcke sicher. Fehlt das Zeichen, so ist Hydrosalpinx freilich noch nicht ausgeschlossen.

8) Das Symptom des Federns ist pathognomonisch und lässt sonstige an den Seiten und hinter dem Uterus vorkommende Tumoren ausschließen: Dermoide und Hämatocelen (die ihrerseits charakteristische palpatorische Eindrücke gewähren), Ovarialtumoren etc.

Das Charakteristische liegt eben bei der Hydrosalpinx darin,

dass nicht nur eine gefüllte, passiv gespannte Blase, die nur unter dem Innendruck steht, gedrückt wird, sondern dass die elastische und muskuläre, aktiv gegendrückende Hülle Widerstand leistet.

9) Die Hydrosalpinxsäcke sind oft hart, so dass Fluktuation nicht nachweisbar ist.

10) Ob bei einer Kranken die Hydrosalpinx ein- oder doppelseitig ist, lässt sich vor Eröffnung des Sackes nicht immer bestimmen, mitunter auch dann nicht, wenn der Leib schon eröffnet ist.

Gründe: a. Eine einseitige Tube kann sich in Windungen hinter und zu beiden Seiten des Uterus lagern, wobei man leicht zwei Furchen fühlt.

b. Oder aber doppelte Säcke hängen mit einander entweder durch Adhäsionsbildung oder nur mechanisch zusammen, dass sie wie ein Tumor sich tasten. Hier ist von distinkten Furchen nicht die Rede; entweder giebt es ihrer sehr viele, unregelmäßige oder keine.

11) Aus dieser Betrachtung folgt, dass das Schulzeichen: Leichte Tastung des Abganges der Tube bei Hydrosalpinx, keinen Werth besitzt.

12) Ein weiteres pathognomonisches — übrigens seltenes — Zeichen ist, wenn es gelingt, durch direktes Auspressen des Inhaltes nach dem Uterus, den Tubeninhalt an den Tag zu bringen.

Pyosalpinx.

13) Die Pyosalpinx ist meist doppelseitig, und, wenn einseitig, gewöhnlich von Hydrosalpinx auf der anderen Seite begleitet.

14) Die Form für Pyosalpinx ist maßgebend: Darmähnliche, oder keulen- oder wurstförmige, genug walzenartige, zipflige Tumoren, sonst als doppelseitige Bildungen anderer Art eine seltene Ausnahme, bei der Pyosalpinx die Regel.

15) Das palpatorische Zeichen des »Federns« versagt hingegen bei der Pyosalpinx, weil die starre, verdickte, veränderte Wand und die Adhäsionen jede Elasticität und Kontraktilität vermissen lassen, der Inhalt auch oft zu gering und der Konsistenz nach kaum flüssig zu erachten ist.

16) Differentialdiagnose zwischen Uterus- resp. Ovarientumor einerseits und Pyosalpinx andererseits durch die übliche bimanuelle Palpation ist im Allgemeinen schwer, mitunter unüberwindlich schwer. Hier hilft die Untersuchung per rectum ungemein.

17) a. Kann man neben den Tumoren noch die Ovarien tasten, so kann das Urtheil zwar immer noch zwischen Pyosalpinx und Uterusfibroiden schwanken. Damit natürlich Ovarialtumoren ausgeschlossen.

b. Bei Komplikationen mit Tuboovarialabscessen, Abscessen im Lig. latum, im Ovarium Differentialdiagnose auf keine Weise palpatorisch zu sichern.

c. Hingegen ist die Unterscheidung zwischen Hydro- resp.

itas tubaria resp. Abort in der schwangeren
hwangerschaftszeichen, besw. Deciduaabgang

ıwangerschaft resp. Abort im rudimentären
ɔrn eines Uterus bicornis lässt sich durch den
'en Abgang des einen Hornes erkennen. Die
ıren Abgang weit über dem inneren Mutter-

chaft im Horn eines Uterus bicornis unicollis
ɔllis Entwicklung der schwangeren Hälfte nach
ıldiagnose maßgebend.
m rudimentären Horn eines Uterus bicornis
ɔh die in regelmäßigen Intervallen zur Men-
Blutungen auftretenden Schmerzen.
einer schwangeren Tube ist hinreichend cha-
ılpinx auszuschließen. Erstere ist weich, suc-
hselt dann unter der untersuchenden Hand oft
ktionen).
ingegen fest, prall, freilich mit Ausnahme der
ɔsalpinx.
sudate, Eiterungen, Beckenabscesse sind formen.
'alpation nicht von Pyosalpinx unterscheidbar.
'eifelhaften Fällen oder dort, wo allzu fette
r eine übergroße Spannung der Muskeln eine
ılpation ausschließt, hilft als oberstes diagno-
obepunktion!
ktion kann je nach Sitz und Entwicklung des

e,
decken aus

ktion ergiebt sofort, ob ein fester oder flüssig-
orliegt.
; durch die Punktion geliefert, so haben eine
on makroskopisch sicher differente Zeichen:
oid-, Fibrocysten, Hämatocelen etc. Wenige und leichte chemische Reaktionen, z. B. nur Kochen, entscheiden für oder gegen Echinococcus und Parovarialcysten. Eiterhaltige Flüssigkeit erkennt das bloße Auge, und die einfache Probe auf höheren oder geringeren Eiweißgehalt, Gehalt an Chloriden spricht für entzündlichen oder Stauungshydrops der Tube.

Und dann hilft noch das Mikroskop; so zeigt es die Hakenkränze des Echinococcus, Cholestearinkrystalle, Hämatoidinkrystalle, Eiterkörperchen etc.

22. Die Probepunktion aber entscheidet auch bei vorher diagno-

sticirten Tubensäcken für die oder jene Behandlungsweise. (Hierüber soll in der Therapie gesprochen werden.)

Therapie.

1) Tubensäcke sind früher selten bei der Lebenden erkannt worden. Grund hierfür war die mangelnde Kenntnis objektiver und subjektiver diagnostischer Krankheitszeichen, die mangelhafte Untersuchungsmethode. Selbst wenn erkannt, waren sie ein Noli me tangere wegen der damals gefährlichen Operationsmethode.

2) Dann kam oder vielmehr ist immer noch die Zeit des Ausschneidens jedes Tumors in Abdomine, also auch der Tubensäcke. Allein hierfür ist nicht eben eine feinere Diagnostik maßgebend, sondern die bessere und sichere Operationsweise. — Wegen der guten Operationsresultate hat auch die Erkenntnis der Tubensäcke ex post gewonnen.

3) Allein die Diagnose eines Tubensackes bedingt noch nicht an sich die Indikation zur Salpingotomie und Kastration, ähnlich wie etwa ein Ovarialtumor oder Krebs; sondern wegen der Nachtheile selbst glücklich ausgeführter Operationen ist scharfe Indikation für dieselbe nothwendig.

I. Hydrosalpinx.

4) Eine Hydrosalpinx kann spontan heilen. — Den Weg der Spotanheilung zeigt die intermittirende Hydrosalpinx.

5) Die Methoden der Behandlung sind bei sichergestellter Diagnose:

A. orthopädischer, mechanischer Art,
B. chirurgischer Art.

6) A. Orthopädische Mittel.

a. Rektifikation einer falschen Uteruslage zum Zweck der Verbesserung der Tubenlage. Dadurch ermöglichter Abfluss des Inhalts, wie bei der intermittirenden Hydronephrose.

b. Massage, welche außerdem es ermöglicht, Tubeninhalt mechanisch direkt auszupressen; durch Lösung von Adhäsionen der Tubenabschnitte unter sich und mit Nachbarorganen, Knickungen und Drehungen der Tube auszugleichen, und Kontraktionen derselben auszulösen. Unterstützt wird die Massagebehandlung durch Bäder, Irrigationen mit lauwarmem Wasser, Umschläge. — In der Hand eines Sachverständigen, der nicht nur Gynäkologe ist, sondern auch kunstgerecht massirt, wirkt diese Methode sehr gut, und können Nachtheile nie erwachsen.

Diese beiden Methoden wende ich an; die beiden folgenden perhorrescire ich:

c. Die Sondirung der Tube. Diese Methode ist gefährlich. Schon wegen der Richtung des zu sondirenden Kanals zur Uterusachse ist eine starre Sonde ungeeignet. Eine elastische Sonde aber dringt in das verschlossene Tubarostium überhaupt nicht ein.

g des Uterus ist gleichfalls nicht ungefähr-
hierbei nothwendigen Manipulationen können
latzen bringen, eine Hydrosalpinx aber zur

nirurgische Eingriffe.

Frage, wenn die orthopädischen scheitern.
ter Linie der sein, die Tube in mehr kon-
ngriff zu nehmen und diese und die Ovarien
n Folgen unberechenbare Salpingotomie und
. (Hängebauch, nervöse Reize.)
he ich den Säcken von der Scheide her bei-
die mit Unrecht verpönte und als Methode

die Scheide

nothwendig. Von der Bauchdecke her wird
cheidengrund gedrängt. Ein eigener Trokar
t, ohne Hilfe des Speculum und ohne Fixa-
ochen. Vorsicht, dass nicht Luft eindringt.
i meinen Vorsichtsmaßregeln sind Nachbar-
ht verletzt und überhaupt schwer verletzbar.
t palpatorisches Punktiren.

· Misserfolge sehe ich in mangelnder Technik;
ind durch praktische Erfahrungen widerlegt.
je nach unserem Willen eine partielle oder
genügt die partielle, offenbar, weil die
r entspannt wird und sich jetzt kontrahiren
r Punktion ist hier ähnlich, wie die Wirkung
e schwangere Gebärmutter.
ion sind die Erfolge verschieden. Zumeist
bei ein- als mehrfächerigen Tubensäcken,
atomischen, aber im klinischen Sinne. Ein
dilatirte Tube, bleibt manchmal zurück;
melt sich nicht immer an. Mitunter aber
te Ausgang: Recidiv nach Punktion. Dieses
nach langer Zeit ein. Kehrt das Recidiv
zweimaligen Punktion wieder, so kommen
len Verfahren in Betracht:
und Auswaschen der Höhle mit 3 %iger Kar-

Jodtinktur in den entleerten Sack.
iegenlassen einer Kanüle zum Zweck der
rpönt.
icke nicht dem hinteren Scheidengrunde an,
nach der vorderen Beckenwand zu entwickelt,
so kommt die Punktion von der Scheide aus überhaupt nicht in

Betracht. Auch nicht von den Bauchdecken aus, weil die nicht adhärenten Säcke sich retrahiren.

Bei diesem Hydrosalpinx, so wie bei den Fällen, in denen die Punktion erfolglos war, kommt

e. die Incision in Betracht (s. unter Pyosalpinx, These 24).

8) Gegen diese von mir in hunderten Fällen angewandte einfache Punktion von der Scheide aus lässt sich einwenden, dass ich im Irrthum Ovarialcysten, Echinokokken, Parovarialcysten und schwangere Tuben eröffnet habe. In ersteren Fällen wird nicht geschadet, in letzteren geradezu geheilt.

II. Pyosalpinx.

9) Spontanheilungen der Pyosalpinx kommen vor.
Nicht alle Formen erheischen eine radikale Behandlung.
Viele Fälle verlaufen symptomlos.

10) Bei der Pyosalpinx kommen mechanische Behandlungsweisen nicht in Betracht.

Eine Punktion der Pyosalpinx zu kurativen Zwecken ist gleichfalls unzulässig, eben so wie bei Pleuritis purulenta nur die Incision zum Ziel führt.

11) Sonach kommt nur die Incision und Excision in Frage: die letztere bei mehrkammerigen, die Incision bei einfächerigen Eitersäcken.

12) Die Incision kann von der Scheide oder von den Bauchdecken oder von beiden Seiten gleichzeitig geschehen, je nach der Größe und Entwicklung der Tumoren nach vorn oder nach hinten unten.

13) Die Incision von der Scheide aus wird nach sorgfältiger Desinfektion ähnlich wie die Punktion ohne Zuhilfenahme des Gesichtssinnes, also ohne Speculum, und ohne Herunterziehen des Uterus mittels eines eigenen Instruments, nach Art eines Fistelmessers konstruirt, vorgenommen.

14) Ist die Pyosalpinx, wie es die Regel ist, mit dem Scheidengrunde adhärent, so findet bei der Incision natürlich keine Eröffnung des Peritoneums statt.

Andernfalls wird mit der Hand, die auf den Bauchdecken ruht, der Tumor fixirt. Mit dem in die Incisionsöffnung eindringenden Finger wird dann die Wand des Eitersackes an die Schnittwunde gedrängt und mit langen Péan'schen Pinces, die 24 Stunden liegen bleiben, wie bei der Uterusexstirpation, angeklemmt. Dadurch ist die Peritonealhöhle abgeschlossen und bleibt es (einzeitige Incision von der Scheide aus[1]).

Zweizeitige Operation ist zu umständlich und gefährlich.

15) Sollte stärkere Blutung eintreten, so wird gleichfalls von den Pinces als blutstillendes Mittel Gebrauch gemacht. — Eine Ver-

---

[1] Die Incision von der Scheide übe ich natürlich erst recht bei vereiterten Hämatocelen, Pyocelen, Beckenabscessen u. dgl.

arorgane kann bei einiger Geschicklichkeit nicht

ehandlung ist zweckmäßigerweise möglichst ein-
wird eingeführt, bei Sack-Blutung auf 24 Stunden
:her ebenfalls durch ein T-Drain nach dieser Zeit
Drains bleiben 8 bis 14 Tage liegen. Von Aus-
. mit Ausnahme einer einmaligen Ausspülung der
zwasser bei der Operation zum Zweck der mecha-
ung des Eiters principiell ab und lasse nur
;en vornehmen. Es empfiehlt sich, um den Ab-
rsack zu beschleunigen, die Kranken nach läng-
itzen zu lassen.

nswunde hat, wenn sie auch noch so breit an-
oße Neigung sich zu schließen; allein sie giebt
latirenden Finger im Falle einer Retention nach.

telbaren Erfolge dieser einfachen Operation sind
len der Kranken überraschende.

Erfolge gleichfalls gut, für den Fall, dass die
ırch den raschen Übergang zum Wohlbefinden
ıt, sich der Beobachtung und Kontrolle des Arztes
sem Falle pflegen Eitersäcke durch vorzeitigen
leicht zu recidiviren.

— die Mehrzahl — heilen vollständig aus, und
dickes, schwartenartiges Narbengewebe über dem
Residuum der schweren Erkrankung.

bleibt eine Fistel noch längere Zeit bestehen, ohne
anken in ihrem Wohlergehen oder ihrer Arbeits-
t sind.

› Eitersäcke wesentlich der Bauchwand an, so
ır die einzeitige Incision von den Bauch-
d sie adhärent, so ist eine Vorbereitung für den
überflüssig; sind die Säcke nicht adhärent, so
einer Sitzung, indem ich den Sack, wie ich es
)peration der Echinokokken, Pyonephrosen und
ngerschaft (s. Archiv für Gynäkolgie, 1880, p. 450)
ı die Bauchdecken annähe.

Wahl der Incisionsstelle bei der Incision betrifft,
b von der Lage und Größe des Sackes und seinem
m.

oß, so bevorzuge ich den Schnitt in der Linea alba, wenn nicht, einen Schnitt parallel dem Poupart'schen Bande, wie zur Aufsuchung der Art. iliaca.

21) Auch hier ist die Nachbehandlung eine möglichst zurückhaltende. Anfangs legte ich stets eine Gegenöffnung nach der Scheide zu an und drainirte nach oben und unten.

Bei kleinen Säcken indessen stellte sich die Gegenincision bald

als überflüssig heraus, und darum wende ich diese nur bei sehr großen Säcken jetzt noch an.

22) In solchen Ausnahmefällen, in denen es wegen der Überdachung mit Därmen unmöglich war, den kleinen Tubensack an die Bauchdecken zu nähen und in denen andererseits eine Incision von der Scheide aus wegen Entwicklung des Tumors mehr nach vorn sich verbot, incidirte ich nach der Laparotomie, von der Scheide aus, indem ich jetzt mit der in den Douglas'schen Raum eingeführten Hand die freie Stelle des Sackes ohne Gefährdung der Nachbarschaft von der Scheide aus treffen und incidiren konnte. Drainirte von und nach der Scheide und schloss die Bauchwunde, ohne von hier aus den Sack zu eröffnen.

23) Von Spülungen sehe ich auch bei der Bauchdeckenincision principiell ab.

24) Bei als mehrfächrig erkannten Pyosalpingitiden, bei den Formen von Hydrosalpinx, bei denen die oben genannte Behandlung fruchtlos war (cf. These No. 7 e) und bei den Tubensäcken, bei denen weniger der eitrige Inhalt als die perisalpingitischen und salpingitischen Veränderungen im Vordergrund stehen, bei denen ausgiebige Adhäsionen mit dem gleichfalls entzündeten und nicht selten in einen Tuboovarialabscess verwandelten Ovarium den wesentlichsten Krankheitsbefund darstellen, kommt nur die Excision in Frage.

25) Wenn irgend möglich, wurden dabei die Ovarien in der Bauchhöhle gelassen, was namentlich bei Hydrosalpinx angeht.

26) In der Regel aber ist wegen der Verwachsungen nicht allein, sondern auch wegen der Veränderungen der Ovarien die Oophorektomie mitsammt der Salpingotomie indicirt; eventuell nur Resektion des Ovariums.

27) Das Operationsverfahren kann sehr schwer sein. Unterstützt und oft erst ermöglicht wurde die Operation durch den von mir angegebenen Handgriff der bimanuellen Herausreißung der Tubensäcke (cf. Centralblatt f. Gynäk. 1882 No. 34).

Die Trendelenburg'sche Hochlagerung ist gleichfalls ein gutes Unterstützungsmittel.

Unter 52 Laparotomien wegen Pyo- und Hydrosalpinx habe ich einen Todesfall in Folge von Ileus 8 Tage per operationem.

28) Die Entleerung des Inhalts der Pyosalpinx in die Bauchhöhle pflegt beim Herausreißen der Tubensäcke bei der Laparotomie nicht selten zu sein. Der Inhalt ist durch sorgfältigen Schutz der Därme und des Peritoneums mit Schwämmen aufzusaugen, oder durch Aspiration nach dem Bauchschnitt möglichst vor der Herausreißung der Säcke zu entfernen und nachher durch sorgfältigste Toilette mit in Kochsalzlösung getauchten Schwämmen zu beseitigen.

29) Resektion der Tube mit Annähen an die Bauchdecken habe ich nur bei ganz großen Säcken oder da geübt, wo ich trotz meines Handgriffes wegen ausgedehnter und zu fester Verlöthung mit dem

des Sackes Abstand nehmen musste —
eine Tugend gemacht.
tin's, Schroeder's und Skutsch's,
ube ein Stück herauszuschneiden (ein
für die Hydrosalpinx gemacht ist), um
ıg eine spätere Konception zu ermög-
ch nicht gefolgt, in der Furcht, einer
n vom Uterus aus Thür und Thor zu

er Salpingotomie pflegen überraschend
) geblieben. Bei einigen der Kastrirten
ıungen auf.
abgesehen zeigten sich nervöse, psychi-
he Veränderungen, so dass die Kranken
ɔn ihren jetzigen Zustand eintauschen

ng es den Hysterischen, deren Tuben
ınderer Seite, exstirpirt waren. Zu den
ıddirten sich die durch die Kastration
Störungen in einer beklagenswerthen

---

nonstration eines Falles von tiefer
ɔhen von Scheidendammincision.

ne 23jährige Ipara, zu welcher D. wegen
Es waren kurz hinter einander 9 Anfälle
. war für einen Finger durchgängig, die
t, der Kopf stand im Beckeneingang.
. Ansatz an die Scheide geführten Cer-
.t, den Kopf mit einer Traktion bis auf
und ihn nach einer kleinen Introitus-
heben. Nach der Geburt traten noch
hin normales Wochenbett. Das Kind ist
gediehen. Die ersten 2 seitlichen Inci-
ieben.
man in allen Fällen bei Ipara, wo Ge-
s erheischt, also speciell bei Eklampsie,
ʒem Blasensprung, sobald nur der supra-
erstrichen ist, die Entbindung in durch-
ırlicher Weise für Mutter und Kind bei
ußeren Muttermund vornehmen kann.
andelt es sich um eine 46jährige Ipara
. prächtig gedeihenden Kind. Hier wurde
lasensprung gerufen. Der Uterus lag der
Frucht innig an, es handelte sich um Armvorfall bei abgewichener Schädellage. Oberhalb des Scheidenansatzes befand sich eine Striktur,

welche die Hand zunächst nicht passiren ließ. Es wurden nun 3 Incisionen in den Muttermundssaum gemacht — um jeden Widerstand seitens desselben aufzuheben — und ebenfalls eine rechtsseitige Scheidendammincision angelegt, da der Vortr. durch das erste Eingehen mit der ganzen Hand die Columna rugarum post. an der hinteren Kommissur abgerissen hatte und weitere unvermeidliche Zerreißungen vermeiden, so wie die Extraktion möglichst erleichtern wollte. Die Passage durch die Vagina war jetzt ungemein leicht und nach Reposition des Armes gelang es auch mit einiger Mühe, die Striktur zu passiren und die Wendung zu machen. Die sofort angeschlossene Extraktion gelang leicht bis auf die Entwicklung des großen und festen Schädels. Das tief scheintodte, 3750 g schwere Kind wurde nach einer Stunde völlig wiederbelebt.

Die Scheidendammincision wurde in ihrer oberen Hälfte durch fortlaufende Katgutnaht, in der unteren durch Silkwormnähte geschlossen, nachdem zum Zweck der völligen Blutstillung der Uterovaginalkanal mit einem sterilisirten, in 3%iger Karbolsäurelösung ausgedrückten Gazestreifen tamponirt war. Die Wunde heilte p. part., das Wochenbett verlief normal.

Der Vortragende ist der Überzeugung, dass ohne die Scheidendammincision in diesem Fall die Entbindung von einem lebenden Kinde unmöglich gewesen wäre.

Die beiden Fälle repräsentiren Methoden, welche den Widerstand seitens der Weichtheile völlig aufheben und die schonende und ungefährliche Entbindung von lebenden Kindern in Fällen gestatten, wo man bis jetzt die Kinder einfach absterben ließ, oder perforirte oder forcirte Zangenextraktionen machte, oder sogar, wie Halbertsma, den Kaiserschnitt ausführte. Letzteren möchte der Vortr. neben seiner Methode nur für die Fälle gelten lassen, wo die supravaginale Partie des Cervix noch geschlossen ist.

Dührssen (Berlin). Einige Bemerkungen zu dem Aufsatz von Sänger: Über Lappen-Trachelorrhaphie[1].

In dem genannten Aufsatz unterzieht Sänger eine Arbeit von mir über denselben Gegenstand[2] einer Kritik, die theilweise von falschen Voraussetzungen ausgeht. Zunächst ist es nicht richtig, wie Sänger annimmt, dass mein Schnitt weiter nach innen liegt, wie der seinige, sondern auf p. 1 meiner Arbeit heißt es: »der Schnitt geht an der Grenze zwischen Cervicalschleimhaut und Portioschleimhaut bis zum Risswinkel und von diesem auf den entsprechenden Punkt der hinteren Lippe über«. Dieser Schnitt entspricht allerdings nur der inneren Schnittlinie der Emmet'schen Operation, wie ich sie ausführe, wie Sänger sie ebenfalls ausführt (p. 6 seiner

---

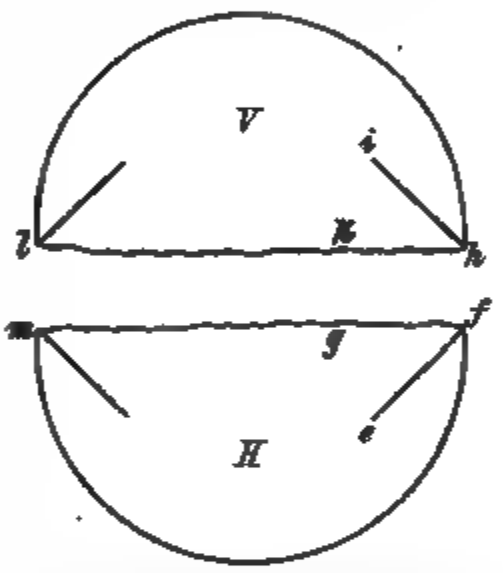
[1] Sammlung klinischer Vorträge No. 6 (Neue Folge).

[2] Über die Heilung des Cervixrisses durch Lappenspaltung. Centralblatt für Gynäkologie 1890. No. 4.

gar nichts, und Sänger so wenig wie möglich
imhaut opfert. Bei Berücksichtigung des schon
meiner Arbeit hätte Sänger zu dem Schluss
ass ich eben unter Emmet'scher Operation die-
verstand, wie sie Sänger auch übt, und dass ich
diese Modifikation dargestellt habe. Um weitere
vermeiden, möchte ich noch betonen, dass in
inie *a b* und in Fig. 3 die Linie *c e d* die Grenze
und Portioschleimhaut und zu gleicher Zeit die
chnittlinie bezeichnet.

nittlinie aus dringe ich nun nicht parallel der Cervicalschleimhaut sondern von dieser nach außen divergirend in die Tiefe, so dass der Cervicallappen (Fig. I *h i k* an der vorderen, *f g* an der hinteren Lippe) an seiner Basis *i k* resp. *e g* möglichst dick wird. Hierdurch wird das Schneiden von Löchern in den Lappen und die Nekrose vermieden, welcher der Lappen Sänger's sicher anheimfällt. Indem ich am Risswinkel den Schnitt ebenfalls von der Cervicalschleimhaut nach außen divergirend anlege, so gestaltet sich bei linkseitigem Cervixriss die Schnittrichtung in der Weise, dass sie an der vorderen Lippe (Fig. I *V*) die Richtung nach rechts oben, an der unteren in situ befindlichen Lippe diejenige nach rechts unten und am Risswinkel diejenige nach links oben nimmt. Hierdurch wird es erreicht, dass die Cervicalschleimhaut in toto von ihrer Unterlage abgelöst wird, der Cervicallappen der vorderen Lippe geht am Risswinkel direkt in den hinteren über, so dass die Bildung zweier völlig von einander getrennten Lappen, wie sie nach Sänger's Verfahren entstehen können und die Sache unnöthig kompliciren, mit Sicherheit vermieden wird. Dabei werden, wie ich der gegentheiligen auf unrichtiger Anschauung meiner Methode beruhenden Behauptung Sänger's gegenüber betonen möchte, die vom Risswinkel ausstrahlenden parametranen Narbenstränge sicher durchtrennt. Ziehe ich nun, nachdem ich den Schnitt etwa ½ cm tief gemacht habe, den Cervicallappen mit 2 Hakenpincetten nach innen — die eine Hakenpincette fasst dabei den von der vorderen, die andere den von der hinteren Lippe abgelösten Theil des Cervicallappens — so entsteht hierdurch ohne Weiteres Unterminiren, wie Sänger meint, eine die Cervicalschleimhaut umkreisende Wundfläche, welche völlig die Figur der Emmet'schen Anfrischung besitzt, deren Breite 1 cm beträgt und die doppelt so lang ist, wie der ursprüngliche Cervixriss. Diese der Emmet'schen völlig

Fig. I.



Frontalschnitt durch die an einander- und heruntergezogenen Muttermundslippen. *V* = vordere, *H* = hintere Lippe. Bei *h*, *f*, *i* und *m* Grenze zwischen Cervical- und Portioschleimhaut.

gleiche Wundfigur habe ich in meinen beiden ersten Fällen nach Emmet genäht und diese Vernähung nur aus dem Grunde für etwas schwierig gefunden, weil ich eben gar keinen sachverständigen Assistenten zur Verfügung hatte. Im Übrigen glaube ich, kommt es auf dasselbe heraus, ob man den Cervicallappen wie Sänger es macht, mit einer Hakenpincette oder, wie ich es mache, mit zweien nach innen zieht. Fürchtet man trotzdem eine Einkrempelung der Wunde, so kann man den Schnitt etwas tiefer machen.

In meinem 3. Fall wandte ich ein einfacheres Nahtverfahren an und dieses ist nun von Sänger total missverstanden worden. Dieses Nahtverfahren besteht darin, dass ich die Wundfläche der vorderen Lippe mit der Wundfläche der hinteren statt durch mehrere transversale Nähte zunächst nur durch eine ungefähr sagittal verlaufende Naht schließe. Nach Schluss dieser Naht habe ich eine Wunde, welche sich vom neugebildeten Muttermund aus so weit in die Tiefe erstreckt, als der Cervixriss lang war, also 1—3 cm. Sänger wird mir wohl zugeben, dass ich zu der Schließung einer so tiefen Wunde keine versenkte Katgutnaht gebrauche, sondern dass eine Naht genügt. Die Länge der auf diese Weise vernähten Wunde beträgt nun 1 cm, vorausgesetzt, dass man den Schnitt nur $^1/_2$ cm tief gemacht hat. Denn die einander zunächst unter einem spitzen Winkel schneidenden Wundflächen an dem Cervical- und Portiolappen, welche je $^1/_2$ cm messen, kommen durch das Nachinnenziehen des Cervicallappens resp. durch die Nahtanlegung in eine Ebene zu liegen, so dass dann die Entfernung der Portioschleimhaut von der Cervicalschleimhaut, über die Wunde hinweg gemessen, 1 cm beträgt. Diese Entfernung wird bei meiner Nahtanlegung zur Länge der Wunde, und für eine 1 cm lange Wunde genügt eine Naht ebenfalls vollständig. Von einem seitlichen Herausquetschen der Wundflächen, wie Sänger meint, ist hierbei keine Rede.

Bei der Emmet'schen Nahtmethode ist die Länge der Wunde durch die Entfernung des Muttermundes vom Risswinkel gegeben — diese Entfernung wird bei der meinigen zur Tiefe — die Tiefe der Wunde bei der Emmet'schen Methode ist durch die Entfernung der Portioschleimhaut von der Cervicalschleimhaut gegeben — diese wird bei der meinigen zur Länge der Wunde. Ich muss daher bei meiner »mystischen Meinung« stehen bleiben, dass die Entfernung, welche bei der Emmet'schen Nahtmethode die Länge der Wunde darstellt, bei der meinigen zur Tiefe wird.

Sänger hat mich nicht überzeugt, dass die von ihm geschilderte Methode der Lappentrachelorrhaphie besser ist, als die meinige. Im Gegentheil hat die Sänger'sche Methode gegenüber der meinigen gewisse Nachtheile. Der Hauptnachtheil derselben besteht in der ganz unnatürlichen Dislokation der Spitze des Cervicallappens vom Risswinkel, bis zum äußeren Muttermund herab. Bei meinem Verfahren kommen dagegen die Punkte der Cervicalschleimhaut wieder mit einander in Berührung, die vorher an einander lagen, während

ren ein Punkt der Schleimhaut, welcher
m äußeren Muttermund lag, sogar aus
rrt wird.
eine glückliche Idee Sänger's halten,
chelorrhaphie das Princip der Lappen-
chgeahmt hat. Dass die Sänger'sche
tsch übereinstimmt, glaube ich nicht,
lass Fritsch die Punkte der Cervical-
t gehören, auch vereinigt hat.

---

r Operationen an der Portio.

Reihe von Amputationen des Scheiden-
sten Berliner Gynäkologen herstammten,
chluss an die Operation eine Para- resp.
kelt hatte. Dieselbe entsteht nach der
, dass die Nahtfäden im retro-uterinen
gar das Peritoneum mitfassen. Dies ist
beetzung der Portio vaginalis unterhalb
Scheidengewölbes stattfindet, und wird
mliche Umformung der Excisionswunde
as Bindegewebe der Vaginalwand geht
m unteren und einem oberen, auf die
h diese in 2 Abschnitte zerfällt, einen
angrenzenden, der in seinem festen Bau
uskelfasern der eigentlichen Uterussub-
nteren, der direkt eine Fortsetzung der
hinein darstellt. Besonders bei Fällen
t dieses Verhalten scharf hervor. Führt
n den Schnitt über die hintere Fläche
las untere Bindegewebsbündel von dem
Folge dessen sich dieses mitsammt der
ginalwand hin retrahirt und mit dieser
aktion des unteren Bindegewebsbündels
dass das obere stark ausgezerrt und
essen liegt auch bei tiefer Amputation
las retro-uterine Bindegewebe und das
n Grund der Wunde. Pflanzt sich nun
anäle in die Tiefe fort — und Gelegen-
n ist durch die im Genitaltractus vorhan-
ben —, so ist das direkt eine Para- resp.

l zu vermeiden, der viel schlimmer ist
onischer Metritis, wegen deren so häufig
rd, hält der Vortr. es für wichtig, die
zunächst durch versenkte Katgutnähte
zu schließen und darüber Cervical- und Vaginalschleimhaut zu ver-

einigen. Er selbst verfuhr in 2 Fällen in der Weise, dass er nach bilateraler Spaltung, Excision und Vernähung der vorderen und Excision der hinteren Lippe die seitlichen Schnittenden durch versenkte Katgutnähte nach hinten und nach der Mitte hin zusammenzog. Hierdurch entstand eine sagittale hinter dem Muttermund liegende Wunde, welche zunächst durch eine versenkte und sodann durch eine oberflächliche Katgutnaht vereinigt wurde. Die Portio gewann hierdurch von vorn herein ihre natürliche zapfenförmige Gestalt. In beiden Fällen war die Operation indicirt durch eine ausgedehnte follikuläre Erosion bei chronischer Metritis. Bei letzterer allein zieht Vortr. das Curettement mit nachfolgenden Chlorzinkinjektionen, bei Cervixrissen dasselbe Verfahren, in Kombination mit der Emmet'schen oder einer analogen Operation, der Amputation der Portio vor. Auch bei Stenosen ist die Portioamputation entbehrlich. Bei der Stenose des äußeren Muttermundes allein genügt die Discission mit der Hegar'schen Umsäumung, der Vernähung der Cervical- mit der Portioschleimhaut. Durch diese Methode hat Gusserow in zahlreichen Fällen von langdauernder Sterilität Gravidität erzielt. Bei der Stenose des ganzen Cervicalkanals resp. des inneren Muttermundes ist die Dilatation indicirt, die man am schnellsten und schmerzlosesten durch das Apostoli'sche Verfahren erreicht. Hierdurch sah der Vortr. bei einer 45jährigen Frau nach 2 Sitzungen Gravidität eintreten, die nur einmal im Beginn ihrer 20jährigen Ehe abortirt hatte.

Küstner (Dorpat) spricht über eine noch nicht beobachtete Entstehung amputirender amniotischer Stränge.

Bei dem ausgetragenen, lebensfrischen Kinde einer gesunden Zweitgebärenden finden sich an 9 Fingern und beiden großen Zehen eine oder mehrere Phalangen amputirt. Das Kind, obwohl absolut lebensfrisch, sah im Gesicht etwas gedunsen aus, eine Eigenthümlichkeit, welche im Laufe des zweiten Lebenstages völlig normalem Aussehen Platz macht.

K. demonstrirt die Nachgeburt und weist an derselben so wie an Zeichnungen und Tafeln nach, dass in diesem Falle die amputirenden Fäden entstanden sind durch Platzen des Amnion in früher Fötalperiode, Abziehen des gesammten Amnion von dem Chorion bis an die placentare Nabelschnurinsertion heran und Aufdrehen dieser abgezogenen Haut zu einem am Ende sich immer mehr verjüngenden Strang.

Dieser Strang hat sich um die Extremitäten des Kindes gewickelt und die Amputationen veranlasst. Er findet sich in Gestalt einer eigenthümlichen häutigen Scheide spiralig um die placentare Nabelschnurinsertion gewickelt. An demselben sind beerenartige Gebilde nachzuweisen, welche man ungezwungen als die amputirten Finger und Zehen ansprechen kann.

Dieser spiraligen Umwicklung des Amnion um die Nabelschnurinsertion und der dadurch bedingten Kompression der Nabelschnurgefäße, schreibt K. das bei der Geburt beobachtete gedunsene Aussehen des Kindes zu.

Vielleicht ist aus dieser Stauung zu schließen, dass noch bis zur Geburt ein partieller Zusammenhang der amniotischen Fäden mit Amputationsstümpfen bestanden hat. Dafür spricht, dass die Amputationsstümpfe an der rechten Hand noch frische mit dünnem Schorf bedeckte Granulationsflächen tragen.

Das Platzen des Amnion fand in diesem Falle vermuthlich Ende des zweiten, Anfang des dritten Graviditätsmonats statt. In diese Zeit verlegt die Anamnese Symptome eines beginnenden Abortes.

Mikroskopische Präparate und davon gegebene Zeichnungen erweisen die Eihäute in diesem Falle nur aus Decidua und Chorion bestehend, das Amnion völlig entbehrend.

---

v. Ott (St. Petersburg). Gesetz der Periodicität der physiologischen Funktion im weiblichen Organismus.

M. H.! Keine einzige Funktion des menschlichen Organismus hat so viele Hypothesen hervorgerufen, als der Process der menstruellen Blutverluste, die in regelmäßigen Zwischenräumen bei jedem gesunden Weibe auftreten. Obgleich der größte Theil dieser Hypothesen geistreich ist, so muss man doch eingestehen, dass keine einzige derselben eine genügende Erklärung über das Wesen dieses Processes gebracht hat, weder bezüglich der Menses beim Weibe, noch bezüglich der Blutungen während der Brunstzeit bei Thieren.

Wenn ich mir erlaube, m. H., heute dieses Thema zu berühren, so habe ich durchaus nicht die Absicht, der großen Zahl der über diese Frage schon vorhandenen Hypothesen eine neue hinzuzufügen; ich möchte nur lediglich den Weg markiren, auf welchem es bereits gelungen ist, neue Thatsachen zu finden, den Weg, der uns zweifellos in nicht allzu langer Zeit zur richtigen Erklärung des menstruellen Processes führen wird. Die Untersuchungen, von denen wir weiter zu reden haben werden, beziehen sich nicht unmittelbar auf die menschliche Blutung selbst, sondern auf diejenigen vitalen Processe, die sich im Organismus des Weibes während der ganzen Periode der Zeugungsfähigkeit abspielen. Diese Erscheinungen treten auf und schwinden entsprechend der Blutung, sie gehören also zu den Begleiterscheinungen derselben, stehen folglich in einem Abhängigkeitsverhältnis, um so mehr, als auf dieses auf die Periodicität hinweist.

Derartige Erscheinungen, wie die bekannte Erregbarkeit, Nervosität und ähnliche Erscheinungen, wie sie mehr oder weniger während jeder Menstruation zu beobachten sind, will ich bei Seite lassen und nur von denjenigen Symptomen reden, die durch streng wissenschaftliche Methode festgestellt sind.

Wir haben gegenwärtig bereits genaue Beobachtungen über Temperatur, Puls und Blutdruck (C. Reinl, Repreff, Dr. v. Ott) die Alle in dem Sinne übereinstimmen, dass die Lebensthätigkeit des Organismus vor der Menstruation ihr Maximum erreicht und bei Beginn oder unmittelbar vor demselben abnimmt. Die sphygmographische Kurve, Muskelkraft und Harnstoffauscheidungen unterliegen, wie es scheint denselben Schwankungen (Goodmann, Stephanson, Mary Jakoby, Rabuteau). Angesichts der großen Bedeutung derartiger Thatsachen forderte ich Dr. Schichareff auf, unter meiner Leitung neue Untersuchungen über die Begleiterscheinungen der Menstrualblutungen vorzunehmen und die schon vorhandenen nachzuprüfen. Außer Temperatur, Puls und Blutdruck (mit dem Sphygmomanometer von Basch gemessen) wurden neue Untersuchungen angestellt über die Wärmestrahlung, Muskelkraft, Lungenkapacität, Inspirations- und Exspirationskraft, so wie über das Verhalten des Nervensystems auf Grund der Reaktionszeit des Sehnenreflexes. Zu den Untersuchungen wurden gesunde Weiber gewählt, welche sich die ganze Beobachtungszeit hindurch unter gleichen Verhältnissen befanden. Die Beobachtungen erstreckten sich stets auf eine längere Zeitdauer, bei Einigen bis auf drei Menstruationsperioden, wobei täglich zu ein und derselben Zeit in den Morgenstunden die Untersuchungen vorgenommen wurden. Im Ganzen wurden auf diese Weise 57 Frau[illegible] während 68 Menstrualperioden untersucht.

Die Untersuchungen über Wärmeausstrahlung (bei 4[illegible] bern, 10 Menstrualperioden umfassend) wurden mittels des T[illegible] fugoskops Aruchem's stets an ein und derselben Stelle der [illegible] vorgenommen. Die Muskelkraft bestimmten wir (bei 10[illegible] bern in 20 Menstrualperioden) an beiden Händen vermittels d[illegible] namometers von Collin (mit 2 Zeigern). Die Lungenkap[illegible] und die Stärke der Respirationsexkursionen (19 W[illegible] 19 Menstrualperioden) wurden mit dem Spirometer von Hut[illegible] son und dem Pneumatometer Waldenburg's bestimmt.

Die Reaktionszeit des Kniesehnenreflexes (4 W[illegible] 4 Menstrualperioden) wurde mit Hilfe eines speciell für [illegible] Untersuchungen von Dr. Douill's konstruirten kleinen Ha[illegible] festgestellt (Comptes rend. des Séances et mém. de la societé de [illegible] logie 1882 p. 595). Der Hammer ist derartig konstruirt, dass in [illegible] Moment des Ausschlagens an die Sehne der galvanische Strom gesch[illegible] sen wird. Der in diesen Strom eingeschaltete Signalapparat von Dépr[illegible] notirt diesen Moment auf einer rotirenden Trommel. Die Konstruktion des Quadriceps, welche in einem gewissen Zeitraum nach dem Sehnenreize auftritt, wird auf derselben Trommel gleichfalls notirt, vermittels einer Kapsel mit Diaphragma, die auf dem Gebiete des erwähnten Muskels befestigt ist. Jede Muskelkontraktion wird vermittels eines Stäbchens auf die Membran der erwähnten Kapsel übertragen, die wiederum die Bewegungen auf einen Schreibapparat übersetzt. Die Zeitdifferenz vom Moment der Reizeinwirkung auf die Sehne, bis zum

Beginn der Muskelkontraktion, wurde durch die Schwingungen einer Stimmgabel (250 Schwingungen in der Sekunde) gemessen.

Der Ausschlag der Sehne wurde stets mit einer und derselben Stärke an einer und derselben mit einem Anilinstift markirten Stelle des Lig. patellae ausgeführt.

Wenn wir die Untersuchungsresultate bezüglich der Thätigkeit einzelnen Organe und Systeme, des Respirations-, Gefäß-, Muskel- und Nervensystems zusammenfassen, so finden wir, dass die Energie der Funktionen des weiblichen Organismus sich vor Beginn der Menstruation steigert, dagegen unmittelbar vor, oder bei Beginn der Blutung abnimmt. Ich will Sie, m. H. durch Wiedergabe einzelner Details und der Masse einzelner Zahlen nicht ermüden, und möchte mir nur einige Beispiele erlauben, um Sie mit dem Material bekannt zu machen.

So hatte ich bei Blutdruckuntersuchungen in 13 von 14 Fällen und Schichareff in 18 von 21 Fällen übereinstimmende Resultate erhalten. Analoge Data ergaben sich auch bei den Untersuchungen der anderen Funktionen.

Wenn wir der Übersicht wegen die erhaltenen Resultate graphisch darstellen, so würde sich die Kurve folgendermaßen gestalten:

Die Linie *A B* stellt die Schwankungen der physiologischen Processe dar, auf der Linie *c d* sind die einzelnen Untersuchungstage abgetragen, wobei der Zeitabschnitt *m n* der Menstrualzeit entspricht. Der Grad der Intensivität sämmtlicher Funktionen wird durch Zahlen, die auf der Linie *e c* stehen, bezeichnet. Obwohl ich eben gesagt habe, dass dieses Schema den Typus der Schwankungen aller untersuchten Funktionen darstellt, so will ich doch bemerken, dass

die maximale Erregbarkeit des Nervensystems zeitlich etwas zurückbleibt, indem sie ihren Höhepunkt während der Menstruation selbst erreicht. Dieses wird durch sämmtliche untersuchte Fälle bestätigt. Ähnlich verhält es sich auch mit der Wärmeausstrahlung, die während des Menstrualflusses am stärksten ist. Letztere Erscheinung ist nur eine scheinbare Ausnahme, da sie in direkte Abhängigkeit vom Blutdruck zu stellen ist, der seinerseits von dem Grade der Erweiterung des peripheren Gefäßsystems abhängt. Da nun in der Menstruationsperiode der Blutdruck stark sinkt, so wird also offenbar die Wärmeausstrahlung dadurch gesteigert.

Also ist die von Goodmann, Reinl und anderen Autoren vermuthete Wellenbewegung der Funktionen des weiblichen Organismus auf Grund der in der letzten Zeit publicirten und der von mir angeführten Untersuchungen aus dem Gebiete wahrscheinlicher Hypothesen in das der Realität übergegangen und als ein wissenschaftlich begründetes physiologisches Gesetz der Periodicität der Funktion des weiblichen Organismus anzusehen.

Damit nun das oben Auseinandergesetzte seine volle Begründung erhalte und der Zusammenhang der Gesetze der Periodicität der Funktionen des weiblichen Organismus mit der Menstruation selbst völlig zur Geltung komme, muss die vollkommen gerechtfertigte Frage beantwortet werden, ob denn alle soeben beschriebene Schwankungen selbständige, oder vom Menstruationsprocesse abhängige Erscheinungen sind.

Es ist demnach zu beweisen, dass die Periodicität der physiologischen Funktion bei Mädchen vor dem Eintritt der Periode und bei Frauen nach dem Aufhören derselben nicht stattfindet.

Die zahlreichen, unternommenen Untersuchungen über Puls, Temperatur und Blutdruck bei Mädchen im Alter von 8—13 und bei Frauen von 58—80 Jahren haben zur Genüge bewiesen, dass bei Weibern im Alter, wo sie nicht zeugungsfähig, also keine menstruelle Blutflüsse haben, auch keinerlei periodischen Schwankungen der physiologischen Funktionen, die ich der geehrten Versammlung eben aus einander zu setzen die Ehre gehabt habe, auftreten. Wenn wir die Ergebnisse der betreffenden Untersuchungen graphisch darstellen wollen, so stellen sie sich uns als fast vollkommen gerade Linien dar, an denen sich keinerlei Wellen bemerken lassen.

Hiermit will ich meinen heutigen Vortrag schließen und werde mich glücklich fühlen, wenn hierdurch eine Anregung zur weiteren Forschung auf diesem Gebiet gegeben wäre. Eine allgemeine genaue Beobachtung der besprochenen Processe würde erlauben, endgültig ein Gesetz festzustellen, das ich »Gesetz, der Periodicität der physiologischen Funktionen im weiblichen Organismus« genannt wissen möchte.

unter stark korkzieherartigen Windungen. Auf dem V
Mitte der Serotina geht die Media allmählich verloren.
sind die Arterien einfache Endothelrohre und erweitern s

weiteren Verlaufe nach der Oberfläche hin stetig, so dass sie in ihren äußersten Endwindungen das Sechs- bis Zehnfache des ursprünglichen Kalibers erreichen.

Unter dem starken Blutdrucke schwindet an der Stelle maximaler Erweiterung nach der Oberfläche zu das Gefäßendothel, während es uterinwärts noch erhalten bleibt. Nach der Placentarfläche zu finden sich also wirkliche arterielle Kavernen, in welche die Zotten bequem eindringen können und stellenweise schon eingedrungen sind.

Die Kapillaren. Die arteriellen Kapillaren nehmen an der Erweiterung der Arterien natürlich Theil, ergießen ihr Blut zum Theil freimündend zwischen die Zotten, zum Theil in benachbarte Drüsen, dadurch werden die Drüsenräume in Bluträume verwandelt.

Auch die venösen Kapillaren sind bei der Abhebung des Schleimhautepithels zum Theil geöffnet worden, sind aber noch nicht merklich erweitert. Starke Neubildung venöser Kapillaren; dadurch werden sekundär die Venen erweitert, welche im Gegensatz zu den Arterien einen sehr gestreckten Verlauf innehalten bis ungefähr zum unteren Drittel der Serotina, wo sie eine schräge Richtung inne halten. Die Venen sind Anfangs nicht so stark erweitert als die Arterien.

An der Oberfläche der Serotina stark erweiterte Lymphgefäße.

Die Zotten sind stellenweise in die Arterien und auch vereinzelt in die Venen eingedrungen, wo die Zotten in die Arterien gelangen, bricht sich das Blut zum Theil neue freie Bahnen nach der benachbarten Vene hin. Sobald die erste Verschmelzung zwischen Zotten und Serotina fertig ist, wird die Serotina von den Zotten ganz und gar nach allen Richtungen durchwachsen, welche letztere nur an dem Rande der Placentarstelle kolbig endigende deciduale Sprossen dem Chorion entgegensendet.

II. Die Placenta im dritten Schwangerschaftsmonat.

A. Die Zotten durchsetzen wie eine Neubildung die Serotina und wählen dabei vorzugsweise die Wege geringsten Widerstandes, Drüsen, Arterien, Venen. Die Gefäße verlieren größtentheils ihre natürliche Begrenzung, die Kapillaren erweitern sich zu arteriellen und venösen Bahnen und sind desshalb als Kapillaren nicht mehr zu erkennen.

B. Neugebildete Blutbahnen münden in große Drüsenräume, welche letztere durch Verschmelzung mehrerer benachbarter Drüsen zu Stande gekommen sind. Diese Drüsenräume sind ganz und gar mit Blut und theilweise auch mit Zotten gefüllt und unterscheiden sich nur durch ihre Größe, unregelmäßige Begrenzung und schmale Reste der Zwischendrüsenbalken von wirklichen Gefäßen.

C. Das Zwischendrüsengewebe ist dort, wo Drüse an Drüse grenzt, fast ganz geschwunden, seine Stelle nehmen die weiten arteriellen und venösen Bluträume ein. Es grenzen aber stellen-

nd Drüsenbluträume unmittelbar
schließlich dort, wo sie sich am
einander über und bilden somit
ßig begrenzten Blutraum. Dieser
in der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel der Serotina, er wird zum bleibenden Zwischenzottenraum, in ihn münden Arterien und Venen, von ihm gehen Arterien und Venen aus, er führt also gemischtes Blut.

D. Die Zotten wachsen durch die Blut- und Drüsenbahnen von oben in diesen Blutsinus hinein, sobald sie in ihm angelangt sind, biegen sie meist rechtwinklig um, verlaufen mehr parallel zur Oberfläche und füllen bald den ganzen Blutsinus in seiner Breite aus; stellenweise wachsen die Zotten senkrecht nach unten in die mündenden bezw. abgehenden Gefäßöffnungen.

E. Durch die Bildung solcher Bluträume wird das zwischen den zugehörigen Gefäßgebieten liegende deciduale Gewebe von seinem Mutterboden getrennt und zur Insel, an der fest im Gewebe sitzende Zotten haften. An dem oberen Rande solcher Deciduainseln kommt es leicht zur Ausscheidung von Fibrin. Das Blut umspült diese Inseln decidualen Gewebes und verkleinert sie im Verlaufe der weiteren Entwicklung immer mehr und mehr. Reste derselben finden sich noch in der reifen Placenta.

Die Zotten, welche einen solchen Blutsinus anfüllen, scheinen einen Cotyledon der reifen Placenta abzugeben. Die Zotten benachbarter Bluträume durchbrechen, indem sie sich entgegenwachsen, das deciduale Gewebe, welches diese Bluträume trennt. Dabei werden die Gefäße des Zwischengewebes geöffnet und es kommt so zur Bildung des großen durch die ganze Placenta sich erstreckenden Zwischenzottenraumes. Die Zwischenzottenräume sind also nichts Anderes als die vereinigten und vergrößerten mütterlichen Blut- und Drüsenräume.

Bei der weiteren Entwicklung der Placenta wird als Serotina meist nur das untere Drittel der Schleimhaut verwendet. Es wachsen vereinzelte Zotten als Haftzotten bis zur Muskulatur.

An der Grenze von Serotina, Vera und Reflexa ist inzwischen das deciduale Septum dem Chorion entgegengewachsen; dasselbe bildet später eine Stütze für das häutige Chorion und wird, indem es sich von beiden Seiten her unter dasselbe schiebt, zur Decidua subchorioalis.

Die Zotten werden also nicht von der Serotina sondern umgekehrt die letztere von den ersteren durchwachsen und theilweise ganz aufgezehrt. Der bleibende beschriebene Zwischenzottenraum ist nicht identisch mit dem Zwischenzottenraum vor Bildung der Placenta, wenn auch im Laufe der weiteren Entwicklung der Placenta beide Räume naturgemäß sich immer mehr verbinden müssen.

Die ganze Bildung der Placenta geht nach meinen Untersuchungen also innerhalb der Serotina vor sich.

Schatz. Über die Ursachen der Drehung des Kindskopfes um die Achse des Beckens beim Durchgang durch dasselbe.

Es sind jetzt $1^1/_2$ Jahrhunderte her, seitdem sich die Geburtshelfer Rechenschaft zu geben suchen über die Art, wie der kindliche Kopf durch das mütterliche Becken hindurchgeht. Es dauerte die Hälfte dieser Zeit, bis die Frage des reinen Wie? mit der Veröffentlichung von Nägele (abgesehen von einigen Nebenfragen) als abgeschlossen gelten konnte. Der allmähliche Fortschritt in diesen ersten 75 Jahren kennzeichnet sich durch die Namen:

Fielding Ould 1742, welcher angab, dass die Brust des Kindes nach dem Kreuzbein der Mutter, sein Gesicht aber seitlich im Becken über der einen Schulter des Kindes liege. Ould hatte in Paris bei einem Geburtsfall mit Nabelschnurumschlingung solche Stellung gefunden und hielt dann auch später diese starke Torsion des Kindes für normal, weil er gewöhnlich den Kopf im Becken querstehend fand, und (wenigstens häufig) den Rücken mehr oder weniger nach vorn gerichtet austreten sah. Als Ursache der Drehung des Kopfes nahm Ould die zu erstrebende Kongruenz der elliptischen Formen von Kopf und Beckenlumen an.

Smellie 1751 leugnete die Torsion der Frucht, und ließ die Brust des Kindes eben so wie sein Gesicht seitlich gerichtet sein. Ist der Kopf in die Beckenhöhle getreten, »so wenden sich Scheitel und Hinterhaupt, die des beschränkter werdenden Raumes wegen ihre ursprüngliche Richtung nicht weiter verfolgen können, allmählich von der Seite her nach vorn, — wo sie nach der eigenthümlichen Gestalt des Beckens weniger Widerstand finden. Auch für Smellie war also die Kongruenz zwischen Kopf und Beckenlumen die Hauptursache des Geburtsmechanismus. Er kannte die zwei Schädellagen mit ihren Bewegungen, hielt sie aber nicht für normal.

Die nächsten Fortschritte durch Berger 1759 sind hauptsächlich durch seine Schüler Saxtorph und Bang bekannt geworden.

Saxtorph 1771 ließ den Kopf in einem schrägen Durchmesser in das Becken treten und hatte solche Stellung auch bei Obduktionen gefunden. Diese Stellung und die spätere Drehung des Kopfes begründet er in der entsprechenden Kongruenz zwischen Kopf und Beckenhöhle.

Bang 1774 richtete sein Augenmerk auch auf den Durchtritt der Schultern. Er lässt sie senkrecht zum geraden Kopfdurchmesser im andern schrägen Durchmesser des Beckeneingangs in diesen eintreten. Aus der schrägen Richtung drehen sie sich mehr in die Quere. Aber da ihre Breite sie am weiteren Herabsteigen in dieser Richtung verhindern würde, so werden sie durch die Kraft des Uterus nach denselben mechanischen Gesetzen wie der Kopf in den geraden Durchmesser des Beckenausganges gedreht und kommen so zum Vorschein. Bang meint damit aber nicht, dass sie ganz in den geraden Durchmesser des Beckenausgangs gedreht würden, sondern

; denn »hunc motum humerorum sequens caput ita
ies versus unum matris latus et caput versus alte-
rsum spectet«.
769 ließ den Kopf im schrägen Durchmesser ins
ı in solchem austreten.
le Renhac 1771 erkannte zuerst die viel größere
mit welcher der Kopf auch normaler Weise durch
Seine 3. bis 6. Species sind die späteren 1. bis 4.
ır mit dem Unterschied, dass die Besetzung des
. Beckendurchmessers nicht mit 1. und 3., sondern
[illegible] bezeichnet wurden. Die 1. und 2. Species bezeichneten die primäre Einstellung des Kopfes im geraden Durchmesser des Beckenausgangs. Sie wurden zwar als sehr selten (kaum eine unter 20) bezeichnet. Es ist aber nicht ersichtlich, ob Solayrés de Renhac sie überhaupt gesehen hat und ob er sie nicht nur aus Rücksicht auf die Levret'sche Schule aus dieser übernommen hat. Primärer Querstand des Kopfes fand keine Berücksichtigung. Dagegen ist die Drehung des Kopfes beim Durchgang durch das Becken und ihre je nach dem primären Stand verschiedene Winkelgröße (bis $1^1/_2$ Quadranten) und ihr häufiges Aufhören vor dem Durchschneiden deutlich beschrieben.

Baudelocque 1781, Schüler Solayrés de Renhac, brachte dessen Anschauungen zu allseitiger Anerkennung. Er änderte nur die 6 Positionen des Kopfes so, dass 1., 2., 4., 5. den späteren 4 Positionen entsprachen, während 3. und 6. (im geraden Durchmesser) eigentlich schon verlassen wurden, weil sie nicht als im Beckeneingang, sondern erst im Beckenausgang vorhanden angegeben wurden. Später ließ man die 3. und 6. Position wirklich fort, adoptirte aber die 1. bis 4. nahezu allgemein. Doch fügte die Lachapelle statt der beiden Positionen im geraden Durchmesser wieder zwei im queren ein.

Nägele 1819 bearbeitete das Thema nicht nur äußerst sorgfältig, sondern gewissermaßen auch statistisch. Er reducirte die regelmäßigen Schädellagen auf 2 (die bisherige 1. und 3.), weil sie die ungleich häufigsten sind, lehrte, dass der Kopf in sogenannter Nägele'scher Obliquität in den Beckeneingang tritt und nicht im geraden Durchmesser des Beckenausgangs, sondern noch etwas schräg austritt. Er beschrieb den normalen und abnormen Mechanismus der dritten Schädellage naturgetreu und berücksichtigte dabei den Durchgang der Schultern. Leider ist Nägele mit der Grenze des Normalen oft etwas zu eng verfahren und nicht überall gerecht geblieben gegen andere Beobachter. Mit ihm war aber nach einer Dauer von 75 Jahren im Allgemeinen die Zeit der einfachen Beobachtung resp. Richtigstellung des Geburtsmechanismus abgeschlossen. Es kam die physiologische, die erklärende Epoche, deren Ablauf wir nach einer nunmehr nahezu eben so langen Dauer noch immer erwarten.

Einzelne Erklärungsversuche sind schon von den genannten Beobachtern geliefert worden, besonders derjenige, welcher sich auf die Kongruenz zwischen Kopf und Beckenhöhle stützt. Nägele selbst ließ sich auf die Erklärung des Geburtsmechanismus so gut wie nicht ein.

Ich unterlasse es, die verschiedenen Erklärungsversuche historisch zu entwickeln. Es ist dies vor solcher Versammlung überflüssig. Zudem stehen wir noch zu sehr in einem Strudel verschiedener Meinungen und Bezeichnungen, um darin schnell Klarheit zu schaffen.

Ich habe mich vor 20 Jahren viel mit der Frage beschäftigt. Das erste in meiner Doktordissertation gegebene Resultat befriedigte mich selbst so wenig, dass ich danach erst recht und mit viel vollkommeneren Methoden an die Bearbeitung ging. Meine Untersuchungen über die Wehe sind, wie schon der Name »Tokodynamometer« verräth, eigentlich nur als Vorarbeit für die Erklärung des Geburtsmechanismus unternommen worden. Ich brauchte etwa fünf Jahre, bis ich mich von der Beeinflussung nebensächlicher Verhältnisse und von den alten Vorstellungen der Litteratur so befreien konnte, dass mir die Gesetze des Geburtsmechanismus eben so klar und einfach vorlagen, wie dem Ophthalmologen etwa die Gesetze der Dioptrik des Auges. Aber auch dann stand ich, abgesehen von einigen vorläufigen Mittheilungen, noch ab, die Ergebnisse zu veröffentlichen, weil ich bei der völligen Abweichung des Gefundenen von dem bisher Angenommenen immer noch nach mehr Beweismitteln suchte, und durch immer wiederholte Beobachtung selbst die Überzeugung gewinnen wollte, dass mir nicht Fehlschlüsse unterliefen. Nunmehr gedenke ich in nicht ferner Zeit die ganz neuen Anschauungen darzulegen und habe die Ausstellung des jetzigen Kongresses benutzt, um einige zur Darstellung meiner Vorstellungen verwendete Apparate öffentlich zu zeigen, für welche der jetzige Vortrag gewissermaßen den Text geben soll.

Es liegt mir fern hier den ganzen Geburtsmechanismus darlegen zu wollen. Ich beschränke mich auf den interessantesten, weil am meisten umstrittenen Theil desselben, d. i. auf die Drehung des Kopfes mit dem Hinterhaupt resp. Kinn nach der Symphyse herum.

Es zeigt sich bei dieser Frage sehr gut, wie leicht und lange man sich von Nebensachen festhalten lässt, ehe man an die Hauptsache kommt. Daraus, dass ein Verhältnis sehr häufig in der Natur oder sogar so regelmäßig vorhanden ist, so dass es normal erscheint, wird gar zu leicht der Schluss gemacht, dass dieses Verhältnis nothwendig oder wenigstens zweckmäßig ist — und doch muss es oft technisch als ein Fehler oder als eine Unregelmäßigkeit angesprochen werden. Der Astigmatismus durch ungleiche Hornhautkrümmung ist, weil fast regelmäßig, normal und doch kann man ihn technisch nur für einen Fehler oder wenigstens als eine Nebensache ansprechen. So auch beim Geburtsmechanismus.

Drehung des Kopfes um die Becken
mlich alle weichen und harten Teil
d des kindlichen Kopfes in Anspruc
ch so gut wie alle mit Unrecht. (
so ist zunächst der Levator ani v. H
verantwortlich gemacht worden. D
zwischen seinen beiden Schenkeln
itt sich parallel stellen. Aber selbst
Schlitzes und des ovalen Kopfquersch
e, so fehlt jede Erklärung dafür, das
h dann nach vorn dreht, wenn sie p
ranten des Beckens steht. Der S
weiter nach hinten, nicht aber nach
die Drehung oft schon, bevor der S
kann etc.
gs die höher gelegenen Musculi pyrif
verantwortlich gemacht. Aber selbst
wäre: warum dreht sich der Kopf bei
eln durchaus schlaff bleiben, sei es i
Geburt ohne jede Mitwirkung der
ich geht. Außerdem können diese sy
n überhaupt eine einseitige Wirkung
at gar nicht erzeugen, besonders dann
opfes eine sehr große ist.
nan die spiralige Form verantwortlic
ißere Beckendurchmesser von der fro
ng zur sagittalen Richtung im Becke
Form des Beckenlumens ist, wenn
rassen normal, so doch technisch ge
ität.
ken mancher Menschenrassen ist die
ght vielleicht noch exakter. Zudem r
ismus die primär in einem hinteren
Fontanelle weiter nach hinten, nich
n.
achdruck ist für die Drehung die s
nacht worden, welche das untere I
en mit den Ligg. sacro-spinosis und
des Beckeneinganges bilden. Auf il
von der kindlichen Wirbelsäule tief
b und desshalb nach vorn gleiten.
bei Gesichtslage ebenso regelmäßig
iger nach der Symphyse herum, ob
cht auf diese schiefe Ebene auftrifft?
m nach vorn herum kommen, welche
r Satz sogar mechanisch ganz falsch
das zuerst auf die schiefe Ebene auftretende Hinterhaupt nach

herum kommen müsse. Wenn der Fruchtcylinder im gekrümmten Beckenkanal mit seiner Wirbelsäule mehr als mit seinen übrigen Theilen tiefer gepresst würde, so würde sich bei gleichmäßigem Widerstand im Querschnitt des Beckenkanals die Wirbelsäule und damit die kleine Fontanelle nicht nach vorn, sondern nach hinten herum bewegen, weil sie dort am tiefsten treten könnte, ohne Widerstand überwinden zu müssen. Mit der Vorstellung des Fruchtwirbelsäulendruckes hat man überhaupt beim ganzen Geburtsmechanismus recht viel Missbrauch getrieben.

Lahs glaubt die Drehung durch den allgemeinen inneren Uterusdruck erklären zu können. Wenn man aber einen eiförmigen Körper mit Wasserdruck durch einen gekrümmten Kanal treibt, so wird sich derselbe zwar mit seiner langen Achse in die Achse des Kanals stellen, mag eine Abweichung beider Achsen vorher sagittal oder frontal dagewesen sein. Niemals aber wird dabei eine Drehung des eiförmigen Körpers um seine lange Achse eintreten, selbst dann nicht, wenn die sagittale Zurechtstellung erfolgt, während noch eine frontale Abweichung vorhanden ist. Die kleine Fontanelle wird dabei durchaus nicht mehr nach vorn bewegt als die Beckenachse sich selbst nach vorn gebogen hat. Es wird eben der Kopf nur in toto nach vorn abgelenkt.

Ganz neuerdings wird in dem Schröder'schen Lehrbuch gelehrt, dass die Drehung des Kopfes zunächst durch diejenige des kindlichen Körpers erzeugt wird, und dass diese wieder durch die mit dem Fruchtwasserabfluss mehr und mehr eintretende Abplattung des Uterus zu Stande kommt. Dies kann für die Regel nicht richtig sein. Zunächst ist die Drehung des Kopfes größer als die des Rumpfes, darum also nicht sekundär. Dann müsste wohl die Abplattung des Uterus bei primärer Lage des Rückens nach rückwärts diesen weiter nach hinten, nicht aber weiter nach vorn bringen. Schließlich lässt sich solche Abplattung bis zu solcher Wirkung nicht einmal nachweisen, und wenn sie da wäre: wie wäre es zu erklären, dass gerade die noch im Uteruskörper befindliche Steißhälfte weniger gedreht ist, als die im Collum befindliche Schulterhälfte?

Etwas ist aber an dieser Vorstellung von Olshausen doch wahr. Olshausen hat jetzt auch erkannt, dass das Primum movens der Drehung nicht eigentlich im Kopfe, nicht in der besonderen Form des Beckens und seiner Weichtheile, überhaupt nicht so tief, sondern höher zu suchen ist. Ich habe dasselbe vor 20 Jahren ebenfalls, wenn auch etwas anders in der Höhe der kindlichen Schultern gesucht, und wusste mir damals nicht besser zu helfen, als mit der gegen die Beckeneingangsachse nach hinten geneigten Uterusachse. Gegen sie bildete jede Hälfte der ungenannten Linie eine Spirale, auf welcher herabgleitend der Nacken (bei Gesichtslage die Brust) und damit die kleine Fontanelle (das Kinn) nach vorn kommen müsse. Diese Erklärung befriedigte mich von Anfang nicht vollständig und konnte auch nicht gehalten werden, weil die Uterus-

men, regelmäßig gegen die Becke
t ist. Nachdem ich mich allm
lle Nebensachen, mögen sie auc
ı, befreit hatte, stellte sich der
t dar: Das geburtshilfliche Nor
ıstens nicht nothwendig die Forı
ıens. Es ist bei Abstreifung all
nal von kreisrundem Lumen un
er Achse, dass er in ganz entfal
; bis zum Ausgang der Weich
erum kreisförmig in sich zurüc
ass die Ebene des Beckeneingang
Weichtheile einen rechten Win
as erste feste Achtel des Kreisl
chtel des Kreiskanals, welches l
skanal entfaltet, sonst aber zum
Was die Natur an diesem sch
ll oder bei ganzen Menschenrass
urch Form und Konfigurationsfäl
chieben elastischer Membranen
ss man sich zunächst gewöhnen,
chungen, weil die Natur sie üb
ihrte Konfiguration ändert und
durchaus nur als eine Eiform
ngs individuell sehr verschieden
wenn in einem relativ engen l
er langen Achse in die Achse d
schiebt sich synaxonal weiter.
ten, sobald es die Enge des K
nicht daran gehindert wird. Er
e Streckung bei Gesichtslage u
egung beim Fortschreiten — alle
ilich nicht bis zur mathematisc
bleibt er stets mehr oder weni
ı mechanisch genau gebautes Inst
ecken auch an Größe nicht so
s Theile einer exakt gebauten
mbare Kopf bei der Bewegung
einer Form erfahren hat. Die
darf uns aber nicht an der entsp
iese ist, dass sich der eiförmige K
möglichst in die Achse des
en passirt werden soll. Mit s
als eine Drehung des Kopfes
anz besondere Eigenschaft, dass
für die Stellung im Beckenka
risch befestigt ist.

Wenn man in einem gebogenen Kanal einen eiförmigen Körper vorwärts bewegt, und wenn dieser eiförmige Körper etwa durch eine Schnur an seinem Äquator excentrisch befestigt ist, und da absolut oder relativ zurückgehalten wird, so tritt eine Drehung des eiförmigen Körpers ein, und zwar so lange, bis der zurückgehaltene Theil des Äquators in der Konkavität des Hohlkanals angekommen ist. Dort hört das Drehungsmoment auf. Es fehlt eben so, wenn der zurückgehaltene Theil des Äquators sich genau im konvexen Theil des sagittalen Kanalschnittes befindet. Am Kindskopf wird die Schnur, welche den eiförmigen Körper am Äquator excentrisch zurückhält, vom Hals dargestellt. Woher soll aber solche zurückhaltende Kraft des kindlichen Halses kommen? Bisher hat man doch immer angenommen, dass die Wirbelsäule auf das Hinterhaupt besonders stark drückt! Ich habe das früher auch geglaubt, und die Kraft als Formrestitutionskraft darzulegen gesucht. Diese Kraft existirt auch in Wirklichkeit trotz aller Zweifel, die dagegen ausgesprochen worden sind. Wird eine mit Wasser oder Luft gefüllte Hohlkugel von Gummi von einem festen Stab nach einer Richtung mehr ausgedehnt, als der Durchmesser der Kugel beträgt, so erfährt der Stab entsprechend dieser größeren Ausdehnung außer dem Flüssigkeitsdruck einen besonderen Druck auf seine beiden Enden, d. i. die Kraft, welche die Form der Gummihohlkugel wieder herzustellen sucht (Formrestitutionskraft).

Solche Kraft kommt in diesem Sinne zwischen Uterus und Fruchtachse allerdings auch — aber nur in der ersten Zeit der Geburt — zur Geltung, nämlich so lange der Uterus wirklich kürzer ist als das darin befindliche zusammengedrückte Kind. Sobald aber der Uterus mit Eröffnung und Heranziehung des Cervix zum Umfassen des Fruchtcylinders länger und schmäler wird, entspricht die Länge des Uterus derjenigen des Kindes. Für eine Zeit verschwindet also die Formrestitutionskraft. Sie erscheint aber später wieder, und zwar in umgekehrter Form. Der Genitalschlauch wird immer länger, und schließlich, besonders vor dem Austritt des Kopfes aus dem Becken, so lang, dass das Kind trotz vollständiger Reckung seines Körpers gar nicht mehr nachkommen kann. Die Distanz des Scheitels vom Uterusgrund ist nicht mehr nur 34 cm, wie die Länge der Frucht vom Scheitel bis zum Steiß, sondern noch mehr. Der Fruchtcylinder wird jetzt mehr rings zusammengedrückt, als in der Länge. Die Formrestitutionskraft ist in der Richtung der langen Achse, auf die es uns jetzt allein ankommt, negativ geworden. Dies macht sich am Steißende der Frucht geltend dadurch, dass der Steiß vom Uterusgrund abgezogen wird und die Beine dorthin geschoben werden. Am Kopfende macht es sich geltend, indem der Hals des Kindes dessen Kopf relativ zurückzieht, resp. hält. Es ist das keine Hypothese, sondern ich kann dieses relative Zurückhalten mit dem Tokodynamometer beweisen. Ich habe bei demselben Geburtsfall einen Ballon in den Uteruskörper, einen anderen in den Uterushals ge-

:n die Wehenkurven aufschreiben lassen. Dabei
er starken Reckung des Fruchtcylinders während
:h das Becken ein viel größerer Theil der Kraft
rher. Die in diesem Sinne negative Formrestitu-
che den Hals und damit den Kopf an seiner
relativ und einseitig zurückhält. Sie dreht da-
en geschilderten Mechanismus die Ansatzstelle
:opf in die Konkavität des Beckenkanals, also
Es ist das eben so, wenn auch aus anderen
so deutlich der Fall beim vorausgehenden Steiß,
ollkommene Steißfußlage handelt. Auch hier
ken in Folge der negativ gewordenen Form-
ie Konkavität des Beckenkanals.
welche sich mit der negativen Formrestitutions-
)ll befreunden können, will ich eine andere,
.te Erklärung geben, welche allerdings schließ-
auskommt.
nige Kopf und der an dessen Äquator ansitzende
chlichen Frucht bewirken, dass nicht Kopf und
ıter einander in und durch das Becken treten
Kopf noch nicht ganz ins Becken eingetreten
uch schon der mit ihm durch den kurzen Hals
gegen den Beckeneingang an. Da nun der
g mit eintreten kann, so hält er mittels des
pf, diesen aber nur an der Nackenseite zurück.
ss, welcher eine Drehung des Kopfes bewirkt,
nem synklitischen Fortschreiten sein Äquator
ıgang schief stellt. Dabei kommt die Ansatz-
ı Kopfe stets in die Konkavität des Becken-
ger oder je weniger möglich der gleichzeitige
ıd Thorax ins Becken ist, um so sicherer ge-
bei großem Kind oder bei Gesichtslage. Toko-
s, welche alle diese Verhältnisse und Bewegungen
habe ich in der Ausstellung aufgestellt.

(London). Antisepsis in der Geburtshilfe.
:bäranstalten erzielten Erfolge verdankt unsere
scheint, in erster Linie der Einführung des
als eines Desinficiens für Hände und Instru-
t. B., sondern als des besten Mittels für Scheiden-
ıd und nach der Geburt, — durch das ganze
— Beim Vergleich mit früheren Jahren, wo
n, wie Karbolsäure und übermangansaures Kali,

nkheit nicht erschienen, hatte aber Thesen eingeschickt.

im Gebrauch waren, stellt sich Folgendes, namentlich für englische Kliniken, heraus. Die Mortalität ist von 10 und mehr auf 2 pro Mille gesunken, und ist speciell die von Sepsis oder örtlichen Entzündungsprocessen sogar auf 1,5 pro Mille heruntergebracht. Die Fälle auch mit leichten Temperatursteigerungen sind jetzt auf die Hälfte reducirt; noch eklatanter ist das Zurückgehen der septischen Erkrankungen, welche von 40 % im Londoner Hauptgebärhaus auf nur 2,5 % heruntergegangen sind. Und dennoch sind diese glänzenden Resultate bei Beibehaltung von Rosshaarmatratzen erzielt, ohne dass für jede Wöchnerin eine besondere Unterlage aus billigem Material nur für die Dauer des Wochenbetts hergestellt wurde. Die im Allgemeinen nicht für nöthig befundene Desinfektion dieser Matratzen wurde nur in seltenen schweren Fällen vorgenommen. — Eine Sublimatlösung 1 : 4000 hat sich für gewöhnlich als stark genug erwiesen und nur in den ersten 3—4 Tagen wähle man die 1 : 2000 Lösung. Das neue Antisepticum »Salufer« (Phthorosilicat des Natrium) steht dem Sublimat in der Wirkung weit nach.

Indem der Ref. die Erörterung der besten antiseptischen Methoden für öffentliche Anstalten seinen Korreferenten überlässt, will er nur die Diskussion über die Frage eröffnen, wie weit diese Kautelen in die Privatpraxis ihren Eingang finden müssen. Er glaubt, dass für Desinfektion der Hände und Instrumente auch hier die gleichen Grundsätze gelten müssen: keine Exploration soll ohne vorherige Desinfektion der Hände mit 1 : 1000 Sublimat vorgenommen werden; für den explorirenden Finger schlägt er eine Sublimatglycerinlösung 1 : 1000 vor. — Es wären nun folgende Fragen zu beantworten: 1) Sollte man in der Privatpraxis auch bei normalen Geburten Vaginalinjektionen mit Sublimat gebrauchen, und wenn ja, — wie oft? ob nur ein oder zweimal oder während des ganzen Puerperiums. 2) Wenn nicht Sublimat, so welches von den weniger giftigen Antisepticis und wie stark? 3) Hat Hydrarg. bijodatum irgend welchen Vorzug vor dem Sublimat? 4) Ist eine deutliche Verbesserung der Puerperalstatistik in der Privatpraxis oder dort, wo die Hebammen unter Staatsaufsicht stehen, unter dem Einflusse der modernen Antiseptik nachzuweisen? 5) Kann man unter dem Schutze der Antiseptik die Verschleppung des Puerperalfiebers verhüten, — oder muss der Geburtshelfer bei nur einem solchen Fall in seiner Praxis, die ganze Praxis zeitlich aufgeben? 6) Begeht er ein Wagnis, wenn er auch Erysipel und Scarlatina behandelt? — Für sein Theil, meint Ref., es wäre bei normalen Geburten eine einmalige Ausspülung der Scheide mit Sublimat 1 : 2000 nach der Ausstoßung der Nachgeburt ausreichend, dass aber während des ganzen Puerperium Karbolinjektionen von 2—$2^1/_2$ % nachfolgen müssen. Nach ernsten geburtshilflichen Eingriffen sollten dagegen mindestens 4 Tage lang Sublimatspülungen 1 : 2000 gemacht werden. Schließlich meint Ref., dass in der Privatpraxis die Hauptsache eine gründlichste Desinfektion der Hände des Geburtshelfers und der Hebamme sei.

Sack (Langensteinbach).

nsky (Petersburg) berichtet über die istik für die letzten 5 Jahre, den meisten ıtnommen. Sie sprechen alle zu Gunsten ır der Privatpraxis, trotzdem die Zahl der ationen, welche die Statistik wesentlich ıiedenheiten der Resultate bei verschiede- den Kliniken nothwendigerweise größer 36—90 ergaben die registrirten 76000 Ge- 3,75% Morbidität und 0,38% Mortalität, schritt gegen frühere Jahre. Dabei zeigt ellte Tabelle beweist, deutliches Abnehmen ıhr, so dass, wenn z. B. die Puerperal- lesfälle 9,43% und 0,48% im Jahre 1886 889 nur 8% und 0,28% erreichen. Die ıisse je nach den Jahren und den An- icht allein auf das Maß der antiseptischen . zum großen Theil auf das mehr oder n von 1) Erstgeburten, 2) Operationen, hren, welche alle die Statistik wesentlich de und lernende Personal hat am wenig- Schuld. Im Gegentheil sind die größten ıden Anstalten viel besser daran als die r dienendes Personal vorhanden ist, — die Errichtung größerer Anstalten zu

Sack (Langensteinbach).

lt (Kopenhagen) stellt folgende Thesen quent durchgeführt, berechtigt die Gebär- den Unterricht, sondern auch als wahre istiren. Das Princip, nach welchem ein von Stadthebammen den Gebäranstalten ıütz, wohl auch gefährlich. — Auch für ist die Einführung der Antiseptik sehr der Privatpraxis müssen die Hebammen Apparate aseptisch halten. Skrupulöse ırieben werden; Anweisung, leicht und septica, vorzugsweise Karbolsäure, zu er- und die Hebammen dürfen die Wochen- ı, besonders nicht, wenn die Wöchnerin für gesorgt werden, dass die Gebärende ntiseptisch sind, aber es ist sehr zweifel- usspritzungen der Vagina in partu von mehr schaden können als Nutzen bringen. die Hebammen nicht mehr untersuchen en Geburtsverlauf so wenig als möglich eingreifen. — Fälle, selbst leichtere, müssen gleich dem ärztlichen Sanitätsbeamten angemeldet werden, und zwar sowohl von der Heb-

amme als vom Arzte. Mehrere Fälle in der Praxis einer Hebamme machen eine gründliche kontrollirte Desinfektion nothwendig und eine eventuelle Suspension für einige Zeit wünschenswerth.

Sack (Langensteinbach).

Korreferent **H. Fritsch** (Breslau).

Wenn ich das Amt eines Referenten streng, verbotenus auffasse, so müsste ich berichten über die Anschauungen der Gesammtheit der deutschen Ärzte, über die augenblicklich bei uns herrschenden Ansichten, nicht aber darf ich auf die persönliche wissenschaftliche Überzeugung besonderen Werth legen. Ich bin aber in der glücklichen Lage, konstatiren zu können, dass meine Anschauungen mit denen der Gesammtheit der Ärzte wohl völlig übereinstimmen. Es giebt auch in medicinischen Dingen eine öffentliche Meinung, eine vox populi, die schließlich das Richtige trifft, indem sie zwischen dem Zuwenig und dem Zuviel den richtigen Mittelweg findet.

Überblicken wir die letzten 2 Jahrzehnte — denn vorher war von Antisepsis als therapeutischer Methode bei Puerperalfieber nicht die Rede — so können wir deutlich 3 Stadien unterscheiden: 1) die Versuche mit der Antisepsis, das mehr oder weniger vorsichtige Experimentiren, 2) das Ansteigen und die Hochfluth, die Begeisterung, die Übertreibung, 3) das allmähliche Absteigen zu den heutigen gemäßigten Anschauungen.

Es ist nur natürlich, dass beim Beginn einer neuen Behandlungsmethode, theoretische Überlegungen vorherrschend sind, denn die Erfahrung fehlt noch. Die Theorie aber hat es wesentlich leichter, konsequent zu sein, als die Praxis. Es ist leichter, eine Methode auszudenken als auszuführen. So überbot man sich Anfangs in Forderungen und Hoffnungen. Man sagte: Die Krankheitsursache ist seit langer Zeit erkannt. Jetzt haben wir gelernt diese Ursache erfolgreich zu bekämpfen. Nichts leichter und schöner als diesen Kampf siegreich zu Ende zu führen!

In der Praxis aber stellten die empfohlenen antiseptischen Maßregeln, die verschiedenen Methoden der Desinfektionstherapie Anforderungen — unausführbar in privaten Verhältnissen! Ich erwähne nur die Methode: den Uterus permanent zu irrigiren, die konsequente Anwendung der Eiswasserkarbolirrigation des Uterus.

An diesen Experimenten, die zunächst selbstverständlich in Kliniken gemacht wurden, nahmen auch vielfach die praktischen Ärzte, und wahrlich nicht die schlechtesten, Theil. Eine Zeit lang galt der Grundsatz: jede Wöchnerin hat eine ganze Menge giftiger Stoffe in sich. Sie ist also in permanenter Gefahr inficirt zu werden. Dies Gift muss unter allen Umständen aus dem Körper entfernt werden. Selbst von den Hebammen verlangten viele Ärzte, dass sie jede Wöchnerin nicht nur äußerlich, wie früher, sondern auch innerlich

sich theoretisirend: Karbollösung kann s
Lochien sind Exkrete, die fort müssen.
rflüssigen, faulenden, eventuell gefäh.
gleichsam jede Wöchnerin gesund zu b
t einstimmte in das Triumphlied der An
hielt es für unverantwortlich, in der An
des Möglichen fortzuschreiten.

olze Gebäude theoretischer Antisepsis
Praxis und der Erfahrung schnöde umg
e erhoffte absolute Asepsis durch die An
Die Wöchnerinnen wurden wie früher
on Anstaltsdirektoren Berichte, die be
n, ja selbst die Todesfälle bei dieser M
olsäure nur noch zahlreicher wurden.

Natürlich war nach dieser Richtung hin nicht die Karb
ch. Die Abspülung der Wunden machte kein Fieb
ciens inficirt nicht: aber die Lokalität gestattet keine
e. Hier zwischen Anus und Urethra, hinter der faltigen
n unregelmäßigen Vulva, in der Tiefe der buchtigen
nvolvirten Vagina, in der schwer zugänglichen, nicht
iden Höhle des Uterus konnte man nicht so sicher re
der glatten Oberfläche der äußeren Haut.

hrte nun die Erfahrung, dass Wöchnerinnen ohne an
usspülung im Wochenbett gesund bleiben, dass trotz n
Bespülung mehr Krankheiten im Wochenbett vorkam
mit die Sache erledigt, wir mussten die Methode au
mnten selbstverständlich nach Gründen suchen, uns
ch die anscheinend wunderbare Thatsache erklären, d
bespülung der Wunden mehr Krankheiten eintraten al
e, aber der Theorie zu Liebe eine gefährliche Metho
n, konnten wir nicht.

erall ertönte das Mahnwort, nicht zu viel zu machen,
unden Wöchnerinnen in Ruhe zu lassen, nicht die Natur z
u wollen auf unnatürliche Weise eine Heilung zu erziele
eigentlich keine Krankheit vorlag.

Es haben somit Die Recht behalten, welche von Anfang an
weit gehenden antiseptischen Methoden bekämpften. M. H
dammen wir aber Die nicht, welche dem unerreichbaren Ideal
durch vervollkommnete Antisepsis zu erreichenden absoluten
nachjagten. Ohne ein Zuweitgehen, ohne ein Zuviel ist ein Er
des goldenen Mittelweges nicht möglich. Wer rechtzeitig ei
wird auch dadurch ein Verdienst haben, dass er einst zu wei
Wie sollte er ohne eigene Erfahrung erkennen, dass er zu we
dass er mit weniger sich begnügen kann und muss. Er ha
früher thöricht falsch gehandelt und jetzt von Anderen belehrt
sondern er kam in empirischer Weise allmählich, logisch,

eigenes Erkennen des Fehlerhaften zu richtigen Anschauungen. Daraus erwächst ihm kein Vorwurf sondern ein Verdienst.

Heut zu Tage haben wir Alle die Überzeugung, dass, falls eine Wöchnerin gesund ist — und die Gesundheit können wir diagnosticiren — dass dann jede lokale Behandlung unterbleibt, wenn man nicht schon die Reinigung der äußeren Genitalien eine Behandlung nennen will.

Ich werde also wohl der allgemein geltenden Anschauung Ausdruck verleihen, wenn ich als erste These aufstelle: Bei gesunden Wöchnerinnen unterbleibt jede lokale Behandlung.

M. H. Ich nehme an, dass hierüber völlige Einigkeit herrscht. Schon etwas fraglicher ist die Einigkeit betreffs der häufigen Fälle von leichtem Fieber, von sogenanntem Resorptionsfieber. Was das ist, wissen Sie.

Hier sagt der Eine: Auch niederes Fieber kann hoch, auch leichte Fälle können schwer werden. Ist es nicht vorsichtiger, einen leichten Fall gleich als schwer anzusehen und energisch zu behandeln? Ist es nicht besser alle erprobten antiseptischen und antipyretischen Mittel und Methoden, lokal und innerlich zu gebrauchen, als etwa durch sträfliches Nichtsthun, durch Indifferentismus einen schweren Fall zu übersehen, den richtigen Zeitpunkt der lebensrettenden Therapie zu verpassen?

Viele Ärzte giebt es, die auch heute noch bei geringem Fieber sofort, wenigstens vaginale, Ausspülungen machen lassen.

Dagegen ist zu sagen: Geringe Fiebertemperaturen, namentlich bei Primiparis sind intra et extra muros der Klinik häufig. Auch in der vorantiseptischen Zeit haben wir unendlich oft Temperaturerhöhungen bei Wöchnerinnen beobachtet, ohne dass uns überhaupt der Gedanke an eine schlechte Prognose aufgetaucht ist. Die Fälle gingen binnen Kurzem in Heilung über. Dies ist heut zu Tage nicht anders als früher. Es ist ein Zuviel, wenn wir bei diesen geringen Fieberbewegungen, bei denen das Allgemeinbefinden völlig ungetrübt ist, die wir ohne Thermometer kaum diagnosticiren würden, sofort irrigiren sollten. Mit der Ausspülung machen wir mechanisch durch Dehnung der Scheide, durch Erhebung des Uterus oder sogar direkt mit dem Rohr in den ersten Tagen sicher kleine Wunden, eine absolute Reinigung resp. Sterilisation der Scheide ist nicht zu erzielen. Werden die Spülungen nicht vorsichtig gemacht, nicht methodisch fortgesetzt und oft wiederholt, so verschwindet das Desinficiens, fließt aus, wird chemisch zersetzt oder resorbirt, ehe alle Keime getödtet sind. Es rücken von oben neue Lochien herab, neue Nährflüssigkeit für die üppige Entwicklung alter noch lebensfähiger Keime. Schnell tritt Zersetzung ein und die vielen kleinen Wunden resorbiren. Somit wird durch eine Ausspülung namentlich von ungeschickter Hand nur geschadet. Dies bewies auch, wie oben bemerkt, die Erfahrung.

Freilich, m. H., Jemand, der methodisch z. B. zweistündlich, scho-

nend, gut und geschickt irrigiren wollte, könnte diesen Übelständen begegnen. Ich habe ja selbst eine Zeit lang mit gutem Erfolge diese massenhaften Irrigationen gemacht. Dann aber müsste man immer einwenden, dass ja diese Methode eine große Belästigung der Wöchnerinnen darstellte, dass sie schmerzhaft, dass sie geistig aufregend, dass sie zeitraubend, anstrengend für den Arzt und in der Landpraxis überhaupt nicht durchführbar sei. Es scheint mir aber bedenklich, Behandlungsmethoden zu lehren und zu verlangen, die nur im gut eingerichteten Hospital, nur bei geschultem Personal, nur bei vielen Hilfskräften möglich sind. Was soll der angehende Arzt denken, wenn er in der dira necessitas der Praxis aus äußeren Rücksichten sofort von den ihm überlieferten Lehren abgehen muss, wenn er bald zu der Überzeugung kommt, dass jene schwierige Behandlung wenigstens entbehrlich ist. Man geht durchaus nicht zu weit, wenn man die Behauptung aufstellt, dass bei der Behandlung Kranker Alles, was überflüssig ist, auch schädlich ist.

Dagegen ist selbstverständlich die sorgfältige Beobachtung auch des leichtesten Fiebers unbedingt nothwendig. Und diese Beobachtung ist so einfach. Es gehört dazu nur das Thermometer! Die Intelligenz der Menschheit im Allgemeinen hat in den letzten Jahrzehnten so enorme Fortschritte gemacht, dass heut zu Tage fast Jedermann weiß, was ein Thermometer ist, dass wohl alle Hebammen im Stande sind, die Körpertemperatur zu messen. Und wenn ein Arzt berichtet, dass seine Hebammen unkundig dieser Kunst sind, so trägt er selbst die Schuld. Der Kursus in der Lehranstalt verleiht nur die Grundlage, auf der weiter gebaut werden soll. Jeder Arzt ist der selbstverständliche Lehrer der Hebammen, er muss unermüdlich die mit ihm arbeitenden Hebammen unterweisen und weiter bilden.

Ich schiebe hier kurz ein, dass ich zu denen gehöre, welche rathen, den Hebammen im Wochenbett jede Spülung zu untersagen. Damit meine ich nicht, dass der Arzt allein befähigt sei, eine Ausspülung zu machen; nur dass der Arzt, weil er allein die Indikation richtig stellen kann, auch allein die Entscheidung darüber haben soll, ob eine Spülung gemacht wird oder nicht. Sieht er sich aus irgend einem Grunde veranlasst, die Manipulation nicht selbst, sondern unter seiner Aufsicht oder auf seine Anweisung hin von einer ihm als zuverlässig bekannten Hebamme oder Wärterin machen zu lassen, so kann der Arzt dies auf seine Verantwortung hin befehlen. Die Indikation aber stellt der Arzt allein.

Somit stelle ich als 2. These die Behauptung auf: Bei niedrigem Fieber (Resorptionsfieber) wird nur genau beobachtet.

M. H. Ich komme zu der 3. These. Ich weiß sehr gut, dass man in der Medicin keine kurzgefassten Gesetzesparagraphen aufstellen kann. Wir Ärzte haben in medicinischen Dingen keine Dogmen. Wie das Erkennen der Natur keinen Stillstand kennt, so ist

auch bei uns Alles in fortwährender Entwicklung begriffen. Was heute — ich will nicht sagen geglaubt — aber doch angenommen wird, kann morgen durch neue Entdeckungen verworfen werden. Dass dies richtig ist, erlebten wir namentlich bei der Entwicklung der Lehre von der Antisepsis und der Asepsis. So würde man auch eine These über den Gegenstand meines Referates, wollte man sie unangreifbar machen, nur mit einer großen Anzahl bedingender Einschränkungen aufstellen können. Man müsste sagen: bei hohem Fieber, falls nicht eine deutliche Peritonitis, Parametritis, Mastitis, Pleuritis oder Vulvitis nachweisbar, also bei hohem Fieber und Ausschluss extra-uteriner Erkrankung, oder bei hohem Fieber, falls man Endometritis diagnosticirt, also bei hohem Fieber, falls man annehmen muss, dass die Quelle der Krankheit in der Uterushöhle zu suchen ist, oder bei hohem Fieber in den ersten 3—5 Tagen post partum, oder bei hohem Fieber und Ausschluss schon vorhandener allgemeiner zweifellos tödlicher Sepsis — wird intra-uterin ausgespült.

Aber, m. H., wenn man noch so viel verklausulirt, einschränkt und bedingt, immer wird eine solche These angreifbar bleiben. Ich habe sie desshalb in der Voraussicht, vielen gerechtfertigten und ungerechtfertigten Widerspruch zu erfahren, kurz gefasst und gesagt: Bei hohem Fieber wird intra-uterin ausgespült.

Ist hohes Fieber in den ersten Tagen des Wochenbettes vorhanden, so ist, wie seit Jahrhunderten bekannt, der Fall gefährlich. Es ist eine energische Therapie unbedingt gerechtfertigt und nothwendig, wenn anders wir uns von irgend einer Therapie überhaupt einen Erfolg versprechen und nicht absolute Nihilisten in therapeutischer Beziehung sind. Wir wissen, wie vorhin bemerkt, dass geringe Temperaturen meist in Heilung übergehen, wir wissen aber auch, dass bei hohem Fieber, namentlich bald nach der Geburt der Fall leicht Das wird oder Das schon ist, was man Puerperalfieber: Sepsis in puerperio nennt.

Ich will nun gar nicht auf Das eingehen, was inficirt, nicht auf den Weg oder den Mechanismus der Infektion. Ich will nur rein empirisch fragen: wenn das hohe Fieber die stattgehabte Infektion beweist, wie und wo können wir die schädlichen Folgen bekämpfen?

Da giebt es 2 Mittel: 1) Wir müssen den Organismus kräftigen. 2) Wir müssen Stoffe, deren Resorption gefährlich ist, wegschaffen, und dadurch gleichzeitig die Fläche, welche schon inficirt ist und resorbirt, desinficiren.

Den Erfolg der Kräftigung des Organismus unterschätze ich nicht. In meiner kleinen Schrift: Grundzüge der Pathologie und Therapie der Wochenbettskrankheiten habe ich dies genugsam ausgeführt. Aber, m. H., Wein und Eier, Bier, Kognak und Beefsteak nützen nichts, wenn im Uterus und in der Vagina eine große Menge Infektionsstoffe liegen, die fortwährend neu sich bilden, sich vermehren und resorbirt werden.

Es ist unzweifelhaft, dass im Genitaltractus oben oder unten

die Pforten sich befinden, durch welche der Feind eindringt. Schließen können wir diese Pforten nicht, wohl aber können wir die infektiösen Massen, welche vor diesen Pforten lagern, wegschaffen. Ist nichts Resorbirbares mehr vorhanden, so kann nichts mehr resorbirt werden.

Freilich so einfach ist es leider nicht immer. Der Umstand, dass hohes Fieber vorhanden, beweist, dass die infektiösen Massen nicht nur auf der resorbirenden Fläche liegen, nicht nur vor den Pforten lagern, sondern, dass sie schon eingedrungen sind, schon ihre Wirksamkeit in den Geweben entfalten, dass, um modern zu reden, durch Ptomainvergiftung das gesunde Gewebe in einen geeigneten Nährboden für die Entwicklung pathogener Kokken umgewandelt ist.

Aber eben so gut, wie schädliche, im Wasser lösliche Stoffe resorbirt werden, eben so gut werden auch lösliche Medikamente resorbirt, welche die schädlichen Stoffe in den Geweben unschädlich zu machen im Stande sind. Wie schnell gerade der puerperale Genitaltractus im Wochenbett resorbirt, hat man ja durch die unglücklichen Fälle von Sublimatvergiftung genugsam erfahren.

Spülen wir also den Uterus aus, so verfolgen wir einen doppelten Zweck, und erreichen einen doppelten Erfolg: wir schaffen die schon gebildeten schädlichen Stoffe fort, wir verhindern die Bildung neueren Giftes, und wir senden in die Gewebe hinein Medikamente, welche lokal noch in den Geweben bakterientödtend wirksam sind.

Geschieht dies, und wird der Körper gekräftigt, durch Stärkung des Herzens und Bekämpfung des Fiebers, so müssen wir abwarten ob er mit dem schon Resorbirten fertig wird. In einem Fall wird es gelingen, das Leben zu erhalten, im anderen nicht. Aber reinigten wir die Uterushöhle nicht, so handelten wir, wie ein Chirurg, der etwa eine Sepsis bei gangränöser Quetschwunde durch einige Dosen Antipyrin heilen wollte.

M. H. Dass durch intra-uterine Ausspülungen mancher schwere Fall geheilt ist, wird Niemand leugnen, der in den letzten 2 Jahrzehnten schwerkranke Wöchnerinnen behandelte. Ja wir müssen doch die Möglichkeit zugeben: dass, wo auf eine oder ein paar Uterusausspülungen Defervescenz und Heilung eintrat, dass da, ohne diese Ausspülungen die Weiterentwicklung der Kokken, die Resorption der Ptomaine, und die dadurch bewirkte Krankheit bis zur Ausbildung tödlicher Sepsis fortgeschritten wäre. Die Streptokokken der Exsudate unterscheiden sich durch nichts von den Kokken bei tödlicher Sepsis. Aber nicht auf die theoretischen Erörterungen über Streptokokken und Ptomaine, über Resorption und Fieber basire ich diese Anschauungen, sondern auf eine 20jährige Erfahrung, die mich lehrte, dass mit den intra-uterinen Ausspülungen manches ernstlich gefährdete Leben gerettet ist.

Namentlich in den der Lehrthätigkeit gewidmeten Gebärhäusern wird trotz aller Ermahnung von Zeit zu Zeit eine Infektion vorkommen. Der Lernende ist eben kein Meister in der antiseptischen

Prophylaxe. Wird gut aufgepasst, so können wir in diesen Fällen sehr häufig rechtzeitig der Gefahr die Spitze abbrechen. Dass dies möglich, ist einfach zu beweisen. Ich habe seit dem Sommer 1887 in der Klinik keinen Todesfall erlebt. 1620 Geburten verliefen ohne Todesfall. Dabei sind die Methoden ziemlich einflusslos auf die Morbidität gewesen. Karbol, Sublimat, Kreolin, reines Wasser wurde zur prophylaktischen Reinigung verwendet.

Ich halte es desshalb auch heute noch für richtig, bei hohem Fieber die Behandlung mit einer intra-uterinen Ausspülung zu beginnen.

Natürlich würde es zu weit führen, wollte ich auf alle Einzelheiten dieser Behandlung eingehen. Ich möchte nur — ich will nicht sagen einige Bemerkungen, sondern einige Behauptungen anknüpfen.

Man kann nicht die Zeit, nicht die Zahl der Ausspülungen bestimmen. Die Zeit nicht, weil wir in der Privatpraxis die Fälle nicht frisch sehen, nicht vom ersten Schüttelfroste an behandeln. Die Zahl der Ausspülungen nicht: weil wir uns damit nach dem Erfolge der einzelnen Ausspülung richten. Tritt kein Erfolg ein, ist die tödliche Sepsis zweifellos, so hat es keinen Zweck eine Moribunde zu quälen. Und ist der Fall in der Beziehung klar, dass z. B. ein Exsudat deutlich nachweisbar ist, so werden wir eine extrauterine Krankheit nicht intra-uterin bekämpfen. Die Ausspülung ist wesentlich die Einleitung der Behandlung, sie ist ein Theil, und zwar ein wesentlicher Theil der Therapie, aber die Reinigung einer Wundfläche ist nicht die Summe der Behandlung.

Jedenfalls halte ich als 3. These aufrecht: Bei hohem Fieber wird der Uterus ausgespült.

Döderlein (Leipzig). Kokken der Vagina.

Die Forscher über die Antiseptik der Geburt sind zur Zeit in 2 Heerlager getheilt. Die einen halten auf Grund klinischer statistischer Erfahrung jede innere Desinfektion der Kreißenden für unnöthig, ja sogar schädlich, die anderen glauben auf Grund bakteriologischer Untersuchungen der Genitalsekrete eine Desinfektion der Scheide bei der Geburt nicht umgehen zu können.

D. ist mit bakteriologischen Untersuchungen des Scheidensekretes Schwangerer beschäftigt. Wenn bis jetzt ein Abschluss der Arbeiten nicht zu erreichen war, so liegt das an der außerordentlichen Schwierigkeit der Züchtung dieser Mikroorganismen. Das bis jetzt von D. erzielte Resultat ist aber doch schon ein so sicheres, dass er eine kurze Skizze derselben vorträgt.

Wenn man eine größere Anzahl von Scheiden Schwangerer bakteriologisch untersucht, so findet man 2 Typen im Sekret immer wiederkehren.

Beide sind chemisch, mikroskopisch anatomisch und bakteriologisch genau charakterisirt.

Der erste Typus stellt ein stark sauer reagirendes, eigenthümlich käsig krümeliges Sekret dar, dessen Acidität sich durchschnittlich auf 0,4% Schwefelsäureäquivalent beläuft. Im Deckglaspräparat findet man Plattenepithelien, vereinzelte Schleimkörperchen und ausschließlich Bacillen.

Dieses Sekret stellt den Typus als normalen dar, es ist Sekret einer gesunden Scheide. Das Sekret junger Mädchen oder Kinder hat stets diese Beschaffenheit.

D. glaubt, dass die hohe Acidität des Sekretes der Entwicklung der in die Scheide gelangenden, ubiquistischen Keime hinderlich ist, so dass nur bestimmte Arten von Bacillen in diesem Sekret vegetiren können, die wahrscheinlich harmloser Natur sind, so dass bei diesen Scheiden bei der Geburt eine Desinfektion umgangen werden kann, auch wenn innerlich untersucht werden muss.

Der 2. Typus von Sekret stellt mehr oder weniger dünnflüssigen Eiter dar, der alkalisch, neutral oder schwach sauer reagiren kann. Mikroskopisch findet man Plattenepithelien, Eiterzellen, massenhafte Kokken in allen Formen und allen möglichen Anordnungen. Die Reinzüchtung dieser Mikroorganismen ist mit unvorhergesehenen Schwierigkeiten verknüpft.

Die Deutung dieses Befundes ist, dass auf dem Boden eines specifisch virulenten Katarrhs der Gonorrhoe, nunmehr in dem neutralen oder alkalischen Sekret eine parasitäre Ansiedelung der ubiquistischen Keime erfolgt, zu denen ja auch unsere Wundinfektionskeime, Staphylokokken und Streptokokken gehören.

Dieses Sekret stellt eine der Infektionsquellen bei Geburten, bei denen der Lehrzwecke halber viel innerlich untersucht werden muss.

Die Klärung der Verschiedenheiten zwischen den Eingangs erwähnten 2 Wegen der Forschung dürfte dadurch zu erzielen sein, dass weiteren klinischen Untersuchungen die Resultate dieser bakteriologischen Prüfung des Sekretes in der Weise zu Grunde gelegt werden, dass die Schwangeren, bevor sie auf den Kreißsaal kommen, durch Untersuchung des Sekretes in 2 Gruppen getheilt werden; in die erste kommen die mit normalem Sekret, in die zweite die mit pathologischem.

Zunächst sollte, wie dies ja schon geschehen, wohl innerlich untersucht aber gar nicht innerlich desinficirt werden. Die Richtigkeit obiger Sätze vorausgesetzt, müsste dann die Morbidität in der letzteren Gruppe eine höhere sein als in der ersteren. Der Einheit des Versuchs wegen müssten aber alle Kreißenden gleichmäßig untersucht werden.

Nur müssen dann die Kreißenden der 2. Gruppe innerlich desinficirt werden. Dann wird auch hier, nach Ausschaltung dieser Fehlerquelle, die Morbidität bei diesen Wöchnerinnen eine gleich günstige sein.

Ist auf diesem Wege eine Einigung unter den Forschern erzielt, dann erst können generelle Vorschriften für die Antiseptik der Geburt gegeben werden.

Skutsch (Jena). Zur Beckenmessung.

S. bespricht die Nothwendigkeit, die meist geübte Beckenuntersuchung (äußere instrumentelle Messung, digitale Messung der Conjugata diagonalis, digitale Austastung des Beckens) in Fällen von Beckenenge durch instrumentelle Messung der inneren Beckendurchmesser zu vervollständigen. Dabei sollen nicht nur die Conjugata vera, sondern auch die anderen Durchmesser, besonders auch die queren, gemessen werden. Trotz vieler fehlgeschlagener Versuche soll an der Möglichkeit, praktisch verwerthbare Erfolge zu erzielen, nicht verzweifelt werden.

S. demonstrirt das neueste Modell seines Beckenmessers zur into-externen Messung. Seit der früheren Veröffentlichung (Deutsche med. Wochenschrift 1890 No. 13) sind neue Verbesserungen und Vereinfachungen an demselben zum Ausdruck gebracht worden. Das Instrument soll nach dem Princip der into-externen Messung messen, analog wie van Huevel's Instrument, mit welchem das demonstrirte Ähnlichkeit besitzt. In zwei Messungen wird von den beiden Endpunkten des zu messenden Durchmessers nach einem und demselben in seiner Verlängerung gelegenen äußeren Punkt gemessen Subtraktion des kleineren Werthes von dem größeren giebt das gewünschte Maß.

Das Instrument hat im Allgemeinen die Form eines Tasterzirkels. Der eine, in die Scheide einzuführende Arm ist spatelförmig, ganz aus Stahl, der andere (äußere) Arm besteht mit Ausnahme des der Achse naheliegenden stählernen Abschnittes aus reinem Blei; der Bleitheil ist, um das Abfärben zu vermeiden, mit einem Gummischlauch überzogen. Ein nicht graduirter Kreisbogen verbindet beide Arme. Da wo derselbe durch einen Spalt des äußeren Armes läuft, befindet sich eine Kopfschraube, welche Feststellung durch Druck auf den Kreisbogen ermöglicht. Das eine Ende des Kreisbogens lässt sich in den inneren Arm einfügen und ist hier durch eine Flügelschraube befestigt. Die Achse des Zirkels wird gebildet durch ein Gabelscharnier; dieses ermöglicht eine doppelte Zusammensetzung des Instruments; entweder wendet der innere Arm seine konkave oder seine konvexe Seite dem äußeren Arm zu.

Soll die Conjugata vera gemessen werden, so führt man den Stahlarm (seine konkave Seite dem Bleiarm zugewendet) an das Promontorium; die andere Hand ertheilt hierauf dem Bleiarm Biegungen, welche das knopfförmige Ende in die Nähe des auf der Haut des Mons Veneris markirten Punktes bringen, führt dann durch Bewegung in der Achse des Instrumentes den Knopf gerade an den Hautpunkt heran und immobilisirt durch Drehung der Kopfschraube.

Das Instrument wird herausgenommen, die Distanz der Enden mit einem beigegebenen Millimeterstab gemessen. Das Ende des Stahlarmes besitzt eine kleine Rinne; in dieser schiebt man den Stab vor bis er den Bleiknopf berührt und liest ab. Hierauf wird der Stahlarm an den vorderen Endpunkt der Conjugata vera geführt und in analoger Weise die Dicke der vorderen Beckenwand gemessen. Subtraktion dieses Werthes von dem zuerst gewonnenen giebt die Größe der Conjugata vera.

Ähnlich geschieht die Messung des Querdurchmessers des Beckeneinganges mit Hilfe eines auf der Haut einer Hüfte, z. B. der linken, markirten Punktes, welcher der Verlängerung des Querdurchmessers entspricht. Bei der ersten Messung wird der Stahlarm an den linken, bei der zweiten an den rechten Endpunkt des Querdurchmessers, der Bleiarm jedes Mal an den Hautpunkt geführt. Bei der zweiten Messung muss das Instrument so zusammengesetzt sein, dass der Stahlarm seine konvexe Seite dem Bleiarm zuwendet.

In analoger Weise können auch noch andere Durchmesser des Beckens gemessen werden.

Sollte sich bei einer Messung das immobilisirte Instrument nicht leicht entfernen lassen, ohne den Bleiarm zu verbiegen, so lockert man die Flügelschraube am Stahlarm, während die Kopfschraube den Kreisbogen auf dem anderen Arm fixirt hält; hierdurch wird das Ende des Kreisbogens frei, der Zirkel lässt sich weit öffnen, leicht entfernen und nachher durch Wiedereinsetzen des Endes des Kreisbogens in den inneren Arm genau in der früheren Stellung fixiren.

Zum Schluss zeigt S. seinen schon früher veröffentlichten (Deutsche med. Wochenschrift 1890 No. 13) Beckenmesser zur äußeren Messung. — Lieferant der Instrumente: Hermann Härtel, Breslau.

Boldt (New York). Beitrag zur Kenntnis der normalen Gebärmutterschleimhaut.

Bei der Untersuchung der menstrualen Gebärmutterschleimhaut war es Redner aufgefallen, dass an Präparaten in Kanadabalsam sämmtliche Utriculardrüsen, sowohl in Längs- wie in Schief- und Querschnitten von stäbchen- oder spindelförmigen Bildungen umgeben waren; ferner, dass auch das Stroma der über 3,5 mm breiten menstrualen Schleimhaut von Zügen solcher Bildungen durchsetzt war. Die stäbchen- und spindelförmigen Bildungen hatten sich tief mit Karmin gefärbt. Dieselben ließen sich von der Basis der Drüsen, wo sie ein verhältnismäßig mächtiges Lager bildeten, bis an die Oberfläche hinauf verfolgen, — allerdings nicht in einer ununterbrochenen, sondern in einer vielfach durchbrochenen Schicht, welche sich gegen die Oberfläche der Schleimhaut hin so sehr verschmächtigte, dass sie daselbst nur eine einzige Lage spindelförmiger Körper darstellte.

Stärkere Vergrößerungen des Mikroskops ließen darüber keinen Zweifel aufkommen, dass es sich um Kerne glatter Muskelfasern handelte, um welche herum das Protoplasma der glatten Muskelspindeln in Folge der Behandlung mit Kanadabalsam unsichtbar gemacht worden war. Dass es sich thatsächlich um solche Bildungen handelte, wurde durch einen Vergleich mit dem Muskellager des Uterus selbst erwiesen. Es stellte sich heraus, dass an der Grenzzone zwischen Muscularis und Mucosa die erstere verhältnismäßig breite Züge in die letztere hinaufsandte, so dass daselbst die Drüsenschläuche von breiten Muskelzügen umgeben erschienen, zwischen welchen nur geringe Mengen adenoiden oder Lymphgewebes sichtbar blieben. Zwischen nahe an einander gelegenen Drüsen, bezw. deren blindsackförmigen Endungen ließen sich überhaupt nur Muskelzüge und kein Lymphgewebe erkennen. Je höher gegen die Oberfläche zu, desto dünner wurden die die Drüsen begleitenden Muskelzüge, über deren Natur als Muskelfasern schon desshalb kein Zweifel aufkommen konnte, weil dieselben als ununterbrochene Fortsetzungen der eigentlichen Muscularis nachgewiesen werden konnten.

B. machte eingehendere histologische Studien über diesen Gegenstand an in Chromsäure gehärteten Uteris von Mädchen und Frauen verschiedenen Alters, jungfräulichen und vielgebärenden. Die Präparate wurden mit Karmin gefärbt und in Glycerin eingebettet. Der Befund war folgender:

Die Schleimhaut ist reichlich mit adenoidem oder Lymphgewebe versehen, in welchem zahlreiche schmale Muskelbündel verlaufen. Die Drüsen sind vielfach ausgebuchtete tubulöse Bildungen, von einem einschichtigen, bewimperten Säulenepithel bekleidet. Das Kaliber ist eng und allenthalben von ziemlich gleichmäßigem Durchmesser. Zwischen den Epithelien und den angrenzenden Gewebsschichten ist keine sog. strukturlose Membran zu erkennen. Die Grenzschicht wird vielmehr von glatten Muskeln hergestellt, deren Lager sehr wechselnde Breiten darbieten, stellenweise aber auch gänzlich fehlen kann. In letzterem Falle wird die Grenzzone ganz von Lymphgewebe gebildet. Die Muskulatur der Grenzschicht lässt sich bei stärkerer Vergrößerung dadurch erweisen, dass man die Spindelform der einzelnen Muskelfasern erkennt, ohne dass die stäbchenförmigen Kerne in die Augen fallen. Nicht selten sind im Muskellager, insbesondere wo dasselbe eine gewisse Breite besitzt, Lymphkörpern ähnliche Bildungen eingestreut, und diese Bildungen erscheinen dann von aus einander weichenden Zügen umgeben.

Die Schleimhaut der Cervix uteri einer Multipara ist von fibrillärem Bindegewebe und nur spärlich eingestreutem Lymphgewebe aufgebaut. Viele der Bindegewebsbündel breit und mit collagener Grundsubstanz infiltrirt, wodurch sie stark lichtbrechend werden. Die Drüsenschläuche sind breiter und stärker gebuchtet als im virginalen Uterus.

Zwischen der Basalschicht und dem angrenzenden, grobfaserigen

Bindegewebe befindet sich eine Lage von glatten Muskelfasern von wechselnder Breite. Ein und dieselbe Drüse zeigt streckenweise ein begleitendes Muskellager von nur 2 Muskelspindeln hergestellt. Streckenweise steigt die Anzahl der Muskelspindeln bis auf 4 oder 5. Nur ausnahmsweise begegnet man einem Drüsendurchschnitte, in dessen Umgebung überhaupt kein Muskellager nachweisbar ist. Wo breitere Muskelbündel vorhanden sind, erscheinen dieselben manchmal durch eine Stelle unterbrochen, welche Schief- oder völlige Querschnitte von Muskelspindeln erkennen lässt. Aus dem beschriebenen Verhalten geht hervor, dass die Drüse von dem sie begleitenden Muskellager in Form eines Geflechtes korbartig umgeben wird. Am Corpus uteri einer Multipara ist dieser Befund am deutlichsten ausgesprochen.

Am Uterus eines Schafes konnte B. dieselben Verhältnisse sehr deutlich erkennen.

Kurz zusammengefasst ergiebt sich Folgendes: Sämmtliche Utriculardrüsen, Drüsen sowohl der Cervix wie des Corpus, werden von einer Lage glatter Muskelfasern in geflechtartiger Anordnung begleitet. Diese Muskelzüge stehen in Zusammenhang, sowohl mit den Muskelbündeln der Uteruswand, wie auch mit jenen, welche das Lymphgewebe der Mucosa durchsetzen. Die Drüsenmuskeln sind am mächtigsten entwickelt an der Grenzzone zwischen Schleimhaut und Muscularis und nehmen ab gegen die Oberfläche der Schleimhaut hin. Sie begleiten die Drüsen bis an deren Ausmündung in die Gebärmutterhöhle. Ihre physiologische Bedeutung kann wohl nur darin bestehen, dass sie die Sekretionsprodukte der Epithelien, nämlich den Schleim in die Uterushöhle hinein befördern helfen.

Heyder (Leipzig).

Engström (Helsingfors). Zur Ätiologie des Uterusmyom.

Die Virchow-Winckel'sche Lehre hat nicht viel Anschluss gewonnen. Ganz ohne irgend einen Einfluss auf die Myome kann doch die Einwirkung lokaler Reize in Form von Hyperämien der Gebärmutter nicht sein. Denn kongenital ist kein einziges Myom beobachtet, und höchst selten ob jemals ein solcher Tumor vor der Pubertät konstatirt. Erst nach der Zeit geschlechtlicher Reife finden wir solche. Schließlich ist kein einziger Fall gefunden, in dem ein Myom erst während der Menopause entstanden wäre. Hieraus aber den Schluss zu ziehen, dass die mit dem Menstruationsprocesse vor sich gehenden physiologischen Processe auch die erste Ursache der Myombildung wäre, ist gewiss nicht erlaubt, denn dann müsste jedes geschlechtlich entwickelte Weib früher oder später ein Myoma uteri bekommen.

Weiter sehen wir oft genug, wie Myome der Gebärmutter kurz vor der menstrualen Blutung anschwellen und zeitweilig, wie solche während einer Schwangerschaft sich vergrößern. Schließlich wissen wir, dass diese in der Menopause oft nicht mehr an Umfang zu-

nehmen, sondern sich sogar vermindern können. Dass also die von der Pubertät bis zur Menopause vor sich gehenden Hyperämien des Uterus die Entwicklung der Myome begünstigen und sogar verursachen, ist sicher. Aber dass dieselben Einflüsse auch die erste Ursache der Neubildung wären, dürfen wir nicht ohne Weiteres behaupten.

Wann ein Myom beginnt, wissen wir nicht. Da wir aber die meisten in dem Alter von 30—50 Jahren finden, so beruht wohl dies darauf, dass sie unter den stetig erneuerten Hyperämien der Gebärmutter eine für das Weib belästigende und für uns diagnosticirbare Größe erreicht haben.

Hier drängt sich leicht der Gedanke vor, dass diese Geschwülste, wie von Cohnheim hervorgehoben ist, schon embryonal angelegt sind. — Klinisch könnten wir diese Lehre als sehr glaubwürdig ansehen, wenn wir eine erbliche Disposition nachweisen könnten. Eine solche ist aber bis jetzt nicht mit Sicherheit nachgewiesen, obgleich Winckel, C. Braun und Gusserow einzelne Fälle gesehen haben, in welchen entweder Mutter und Tochter oder zwei Schwestern an Myoma uteri gelitten haben.

Der Vortragende hat folgende Beobachtungen gemacht:

1. Beobachtung. Zwei Schwestern an Myom leidend. Ihre Mutter ist in Folge von Gebärmutterblutungen gestorben und hat einen großen Tumor im Unterleibe gehabt.

2. Beobachtung. Zwei Schwestern an Myoma uteri leidend.

3. Beobachtung. Drei Schwestern an Myoma uteri leidend. Die vierte Schwester gesund. Ihre Mutter ist an Gebärmutterblutungen, die viele Jahre dauerten, gestorben.

4. Beobachtung. Zwei Schwestern an Myoma uteri leidend. Die dritte Schwester gesund.

Fritsch (Breslau). Über Myomoperationen.

Die Myomoperationen nehmen eine ganz eigenartige Stellung unter den chirurgischen Operationen ein. Ich kenne keine größere, eingreifendere Operation als eine schwere Myomenukleation aus dem Lig. lat. Der geschickteste Operateur braucht mitunter eine Stunde, um fertig zu werden. Dabei sind die Ansichten über Technik und Methode fast bei jedem Operateur — und wirklich nicht nur in Nebensachen — verschieden. Wer würde es wagen, eine solche Operation zu den nicht lebensgefährlichen zu rechnen? Und diese großen, eminent lebensgefährlichen Operationen werden bei nicht lebensgefährlichen Geschwülsten gemacht. Der Arzt deducirt vielleicht so: handelt es sich um ein Carcinom, warum soll man nicht etwas wagen? Der Pat. stehen schreckliche Leiden bevor, allgemein menschlich betrachtet, Schlimmeres als ein baldiges Ende! Ein Myom ist aber nicht bösartig. Nur Wachsthum, Blutung, Druckerscheinungen sind bedenklich. Manches Myom heilt die Zeit. Viele Symptome

können wir durch geeignete Therapie beherrschen. Ist es da gerechtfertigt, um einige Jahre Gesundheit zu verschaffen, die ja bald von selbst eintritt, die Lebensgefahr auf sich zu nehmen?

Ja, m. H., meines Erachtens liegt die Sache gerade umgekehrt. Man muss doch schließlich in gewisser Beziehung jede Pat. zur Operation überreden. In verschiedener Weise. Der entscheidende Ausspruch einer sog. Autorität ist an sich eine Überredung. Unser wichtigstes Argument bleibt immer die in Aussicht gestellte Heilung. Nicht desshalb lässt sich die Pat. operiren, weil der Eingriff wissenschaftlich rationell ist, sondern weil sie gesund werden will. Und wie kann man beim Carcinom sichere Heilung versprechen? Ziehen wir von der recidivfreien Zeit das Krankenlager, die Rekonvalescenz ab, was bleibt da viel übrig. Eine kurze Spanne Zeit glücklicher Selbsttäuschung!

Wie anders beim Myom! Ist ein Myom wirklich richtig entfernt, so wächst dies Myom so wenig wieder wie ein Bein, das man abschneidet. Auf der einen Wagschale liegt die absolute Sicherheit der Heilung, auf der anderen die Lebensgefahr der Operation. Die erste wog schon schwer genug, damals die Operateure und Pat. zur Operation zu bestimmen, als die Wagschale der Lebensgefahr noch schwer belastet werden musste. Je weiter wir aber fortschreiten, je größer die Sicherheit in der Vermeidung von Gefahren wird, um so schwerer sinkt die Wagschale des Erfolges herab, um so leichter wird die Wagschale der Lebensgefahr.

Wer ein Herz hat für Die, welche sich ihm anvertrauen, wird keine Operation lieber machen, als die erfolgreichste moderne Operation, die Myomotomie. Höchstens die Prolapsoperationen, mit denen wir jährlich hunderte, arbeitsunfähige, arme Frauen in arbeitsfähige, gesunde Frauen umwandeln, können hier konkurriren.

Ich habe desshalb in den letzten Jahren die Myomoperation vor Allem bevorzugt.

Es würde mir eine große Freude sein, im stundenlangen Vortrage vor einer Gesellschaft so bedeutender Fachgenossen, meine Anschauungen über die verschiedenen Operationen zu besprechen, — denn hier ist noch Alles in der fortschreitenden Entwicklung begriffen, hier ist noch keine Methode abgeschlossen. Die Zeit ist jedoch zu beschränkt, ich will nur Weniges anfügen: Zunächst kommt die Kastration in Betracht. Ohne Zweifel schrumpfen Myome nach der künstlichen Cessatio mensium so gut, wie nach der natürlichen. Aber das Schrumpfen bedingt neue Gefahren. Ein Myom stirbt ab, erweicht, kann verjauchen, geboren werden, Thrombosen, Pyämie, Sepsis können entstehen. Doch auch ohne dies ist der Erfolg unsicher. Cystenmyome wachsen weiter. Selbst intramurale können unbeeinflusst durch die Kastration sich vergrößern. Ich habe nach der Kastration in 2 Fällen später das Myom wegen Wachsthums entfernen müssen. Mag das eine Ausnahme sein; eine solche positive Beobachtung wiegt so schwer wie 100 negative.

Trotzdessen wird in 2 Fällen die Kastration am Platze sein 1) bei großer Schwäche, und 2) bei so kleinen Geschwülsten, dass sie eventuell per vaginam zu entfernen sind.

Im 1. Falle muss man sich auf die Kastration beschränken, weil es zu gewagt wäre, eine lange, eingreifende Operation zu machen. Hierhin gehören auch die Fälle unüberwindlicher Schwierigkeiten bei der totalen Entfernung der Geschwulst. Im 2. Falle kann man sich auf die Kastration beschränken, weil die eventuell nöthige Kolpomyomotomie später noch möglich ist.

Die 2. Operation ist die Enukleation, die Ausschälung. Man muss hier unterscheiden: 1) die Ausschälung aus dem Uterusparenchym, die zuerst gemacht zu haben eins der großen Verdienste von August Martin ist; 2) die Ausschälung para-uteriner Myome aus dem Subserosium. Zwei wesentlich verschiedene Operationen. Die 1. Operation ist zweifelsohne die idealste Myomoperation. Der Uterus kann danach seine völlig normale Gestalt wieder gewinnen. Ich habe in meiner Praxis mehrere Fälle beobachtet, wo der Uterus nach Ausschälung frei beweglich ist, und man bei der Abtastung nirgends Härten oder Auflagerungen konstatiren kann. Nimmt doch auch nach Ausstoßung großer verjauchter Myommassen per vaginam der Uterus wieder seine natürliche Form an.

Freilich eine Schwängerung habe ich nach Ausschälung und Verlust eines größeren Stückes Uterusinnenfläche noch nicht beobachtet. Und was nützt schließlich der Uterus, wenn er nicht schwanger wird? Dagegen ist allerdings nach Enukleationen ohne Eröffnung der Höhle mehrfach Schwangerschaft beobachtet.

Es scheint also das Ideal: normale Form und normale Funktion d. i. Konceptionsfähigkeit — wenigstens so viel ich sah, nicht erreicht zu werden. Dass ich Konception nicht sah, kann aber Zufall sein.

Wenn ich von diesen Enukleationen zurückgekommen bin, und lieber den ganzen Uterus sammt den Adnexen entferne, so sind es verschiedene Umstände, welche mich dazu veranlassen. Erstens die geringe Hoffnung auf Konception. Zweitens habe ich öfter einen großen Theil der Uterusinnenfläche mit wegnehmen müssen, da das Myom dicht unter der Mucosa lag. Bestand in solchen Fällen vor der Operation längere Zeit Endometritis, so schien es mir doch trotz Ausschabung und Ausätzung, trotz guter Naht des Geschwulstbettes, trotz Ausstopfen der Uterushöhle mit Jodoformgaze bedenklich, den maltraitirten, schlecht ernährten, gleichsam nicht recht lebensfähigen Uterus zurückzulassen. Dann war auch mitunter die Blutung aus dem Geschwulstbett so bedeutend, dass es nicht gelang, sie absolut zu stillen. Die große und immer größere Zahl von Nähten und Umstechungen, die Nothwendigkeit, immer wieder blutende Löcher in das Parenchym zu stechen, das Ein- und Durchschneiden festgezogener Fadenschlingen in dem mürben Uterus, dehnen die Operationsdauer aus, und nöthigen, viel Nahtmaterial zurückzulassen. Am wichtigsten aber ist der Einwand, dass nach Entfernung des einen

Myoms ein kleines, anderes schon vorhandenes nunmehr schnell wachsen kann. Bei sorgfältiger Untersuchung findet man oft tief unter dem einen Myom noch kleine, erbsengroße Keime. Ich habe konstatirt, dass diese kleinen Myome trotz Kastration, trotz Enukleation eines großen Myoms weiter wachsen. Der Gefäßverschluss durch die große Uterusnarbe, ja selbst durch Abbinden der Spermaticae bei gleichzeitiger Kastration genügte nicht, um Ernährung und Wachsthum anderer Myomkeime zu hindern. Und macht man noch die Kastration, so hat der Uterus vollends keinen Zweck mehr.

Dann aber hat man das Versprechen der Radikalheilung nicht erfüllt. Ich beschränke also die »Enukleation« auf die Fälle, bei denen man auch von breitbasig aufsitzenden subperitonealen Polypen sprechen kann. Sitzt das Myom tief im Parenchym, so entferne ich den ganzen Uterus durch typische Laparomyomotomie.

Eine ganz andere Operation ist die Ausschälung großer intraligamentärer Myome des Lig. lat., eine schwere und gefährliche Operation. Aber diese Geschwülste haben die Neigung zum Wachsen; freilich ist es oft kein eigentliches Wachsen, sondern eine Vergrößerung durch Degeneration, durch Cystenbildung, durch myxomatöse Einschmelzung. Es bleibt wegen des Wachsens nichts übrig als zu operiren. Eine andere Therapie hat keinen Einfluss. Desshalb steigt mit der Gefahr des Falles, mit der Größe des Tumors an sich, auch die Nothwendigkeit einzugreifen. Die Indikation zu stellen ist leicht, man muss operiren, oder die Pat. elendiglich zu Grunde gehen lassen.

Die Hauptgefahr dieser Operationen ist die Blutung. Kann man nicht einen Rest des Lig. lat. finden, nicht die einführenden Arterien unterbinden, so ist unter Umständen der Blutverlust recht erheblich. Hier muss man folgendermaßen verfahren. Ist es möglich den Peritonealüberzug, den Sack, die Hülle, in dem das Myom lag, zu erhalten, so näht man den Sack, nachdem das Überflüssige abgeschnitten, in die Bauchwand ein. Das zur Höhle führende Loch im Bauch braucht nicht groß zu sein. Meine Methode des Fächertampons erlaubt es, aus großer Höhle durch ein kleines Loch enorme Massen tamponirender Gaze schmerzlos herauszuhaspeln.

Riss der Sack vielfach ein, löste er sich vom Myom nicht ab, und gelingt es nicht leicht, diese Risse so zu vereinigen, dass ein abgeschlossener Sack wieder hergestellt wird, so stopft man die Tiefe der Höhle fest aus und näht oberhalb den zerissenen Sack, das Geschwulstbett durch eine Tabaksbeutelschnürnaht fest zusammen, so dass die ganze Wundhöhle sicher von der Peritonealhöhle abgeschlossen ist. Dann schließt man zunächst die Bauchwunde. Danach erst schneidet man auf den großen Tumor, der nach der Vagina zu von der die Scheidenwand herabwölbenden Gaze gebildet wird, ca. 4 cm lang dreist ein, und zieht das unterste, durch einen angeknüpften Seidenfaden markirte Stück Gaze etwas herab.

In beiden Fällen aber, ohne und mit Eröffnung des Vaginalgewölbes rathe ich die Scheide fest zu tamponiren. Die parenchymatöse

nicht direkt zu stillende Blutung hört dann auf, wenn zwischen den großen Tampons in der Scheide und in der Höhle die Wand unter Mitwirkung eines festen Abdominaldruckverbandes gut komprimirt wird. Eine Verblutung kommt dabei nicht vor. Eine Kapillardrainage ist hergestellt. Die Prognose ist auffallend günstig.

Zuletzt noch ein Wort über die Myome, welche einfach eine Vergrößerung des Uterus darstellen, die großen intramuralen Myome, bei denen die typische Laparomyomotomie gemacht wird. Diese Operation wird fast von jedem Operateur in Kleinigkeiten verschieden ausgeführt. Aber, m. H., ob man den Gummischlauch versenkt, ob man es nicht thut, ob man ihn liegen lässt und unterhalb das Peritoneum vereinigt oder ob man sagittal vernäht, alles Dies sind Modifikationen, keine verschiedenen Methoden. Das Wichtige ist, ob man intraperitoneal behandelt, oder extraperitoneal, denn auch meine Methode ist nicht ein Mittelding, sondern eine extraperitoneale Methode.

Vorläufig hat die extraperitoneale Methode die besten Resultate aufzuweisen. Ich habe unter 87 Operationen nach dieser Methode 60 operirt und davon 8 verloren. Bei solchen Resultaten darf man eine Methode nicht leichtfertig aufgeben. Andererseits gestehe ich ein, dass mich meine Methode durchaus nicht befriedigt, und dass ich schon seit Monaten über Verbesserungen theils nachdenke, theils Verbesserungen schon vielfach gemacht habe.

Die Verbesserungen sollen wesentlich auf Bardenheuer zurückgreifen und sich Trendelenburg anschließen, d. h. ich halte für die Methode der Zukunft nicht die extraperitoneale, nicht die intraperitoneale Methode, sondern die Totalexstirpation. Wie wir beim Carcinom allmählich zur Totalexstirpation übergegangen sind, so wird wohl auch beim Myom die Totalexstirpation bald die Enukleation und die supravaginale Myomotomie, kurz alle alten Methoden, zu veralteten machen.

Ch. Boisleux (Paris). Über die Myomotomie.

Als ich in der Klinik des Dr. Martin in Berlin war, habe ich Gelegenheit gehabt, 10 Fälle von Myomen zu untersuchen, bei welchen Dr. Martin die supravaginale Abnahme der Gebärmutter und dann die Wegnahme des Halses entweder durch die Scheide, oder durch den Bauch ausgeführt hatte.

Bei diesen 10 Fällen habe ich Schleimhautstücke des Gebärmuttergrundes und besonders, worauf ich ganz speciell die Aufmerksamkeit lenken möchte, Stücke jenes Halstheiles untersucht, welcher bei dem gewöhnlichen Verfahren in der Bauchfellhöhle geblieben sein würde. In 4 von diesen 10 Fällen habe ich auf dem Boden der Gebärmutter Keime gefunden, einmal unter anderen in solcher Menge, dass man dieselben auf den Geloseplatten nicht zählen konnte, besonders bei der ersten Verdünnung. — In 2 Fällen habe ich Krankheitsmikroben gefunden, deren Einimpfen den Tod des Thieres (Meerschweinchen, Maus) herbeiführte.

dem F
(einfa
geblie
Keime
engste
en des
ere gl
auf
enden
mutter
ses A
besitze
eeignet
veben

Kopfze
nz, ei
hmen.
hen ei
ehr die
Einig
dass
in der
Letzt
Lapa
inzend
ng, da
finden
Beck

sind solche Fälle bei schweren Geburte

Gleichwohl will ich hier nicht die
mbryotomie und der Laparotomie erörte
urchaus von der Debatte aus, welcher
nd beschränke mich ausschließlich auf
ückelung des Embryo, die ich für das

Mein einziger Zweck ist also hier,
en Kopf herauszuziehen und zu zerst
elche diesen Gegenstand ziemlich ver
ntworte ich, dass, wenn bei der Toilet
ie Rede sein kann, es keineswegs bei
enn sie in Todesgefahr schweben.

Unter den zahlreichen Instrumente
nd Herausziehen des verhängnisvolle
ind die Zangen noch vorwiegend; es g

a. die Zange fürs Innere des Schäd
b. die gemischte oder kranioklastis

c. die Zange fürs Äußere des Schädels oder Zange zur Zerdrückung des Kopfes.

Da man die Zange fürs Innere des Schädels, d. h. die, deren beide Backen in die Kopfhöhle durch die in die obere Schädelwölbung gemachte Öffnung eingeführt werden, allgemein verlassen hat, bleiben nunmehr der Kopfzerstückeler (Cranioclast) und der Kopfzerdrücker (Kephalothryptor) übrig.

Wir dürfen nicht vergessen, dass es sich darum handelt, den Kopf zu zerstückeln und herauszuziehen; nun ist das eine der beiden

gegenüberstehenden Instrumente, der Kopfzerdrücker, ein ausgezeichneter Zermalmer, aber ein schlechter Herauszieher; das andere, der Kopfzerstückeler, ist im Gegentheil ein schlechter Zermalmer, aber ein vortrefflicher Herauszieher. — Die beiden Instrumente wären also, wenn vereinigt, ein vollkommener Kopfzerstückeler, weil sie die beiden wesentlichsten Eigenschaften, gut zu zermalmen und gut herauszuziehen, besitzen würden.

So habe ich durch diese Idee geleitet den kombinirten Kopfzerstückeler (l'embryotome céphalique combiné) konstruirt, den ich so nenne, um die Vereinigung der beiden Instrumente zu bezeichnen.

Das hier abgebildete Instrument besteht aus einem »männlichen« Theil und einem »weiblichen« , welche so wie beim gewöhnlichen Kopfzerstückeler verbunden sind, und ferner aus einem zweiten »weiblichen« Theil, welcher, indem er sich mit dem anderen verbindet, die vollständige Zermalmung nach Art des Kopfzerdrückers auszuführen oder zu vollenden hat. Vermöge einer besonderen Vorrichtung bewirkt eine Druckschraube das Zusammenrücken jener Schenkel ohne jede Schwierigkeit.

Der kombinirte Kopfzerstückeler kann gleichfalls an das Gesäß des Embryo angelegt werden, wenn die Zerstückelung jener Gegend angezeigt ist. Es werden dann der »männliche« Theil in den After und die beiden »weiblichen« beiderseits des Gesäßes eingeführt. — Dieses Instrument habe ich in einer ziemlichen Anzahl von Fällen bei Leichen versucht und bin damit sehr zufrieden gewesen; zweimal hatte ich Gelegenheit, dasselbe bei Lebenden anzuwenden.

1) Das erste Mal in der Charité bei dem zweiten Kind einer 35jährigen Frau, am 6. September 1889. Das erste Mal war sie eines todgeborenen Kindes fast zur bestimmten Zeit spontan genesen.

Vorliegende Schwangerschaft war zur bestimmten Zeit.

Bei der Untersuchung im Krankenhaus, beweglicher Kopf an der oberen Verengerung des Beckens in OIDP — zerrissene Eihäute — vollständige Erweiterung.

Verengerung des Beckens, Durchmesser des unter dem Schambein befindlichen Vorberges gleich 9 cm mit Senkung der rechten Seite.

Mehrere vergebliche Versuche mit der Geburtszange.

Anwendung des kombinirten Kopfzerstückelers nach den obigen Regeln, leichtes Zerstückeln und Herausziehen. — Natürliche Nachgeburtslösung 5 Minuten nach der Entbindung.

Gewicht des Kindes ohne die Gehirnsubstanz gleich 3630 g.

Durchaus normale Reinigung.

2) Der zweite Fall datirt vom 28. April 1890. — Zur Berathung gerufen, um eine Niederkunft zu vollenden, fand ich eine zum ersten Mal gebärende rachitische Person mit einem todten Kinde, den Kopf bei der oberen Verengerung des Beckens in OIGP.

Durchmesser des unter dem Schambeine befindlichen Vorgebirges gleich $9^1/_2$ cm.

Vergebliche Versuche mit der Tarnier'schen Geburtszange.

Anwendung des kombinirten Kopfzerstückelers; müheloses Zerstückeln und Herausziehen eines Kindes, welches ca. 3500 g wiegen musste.

Nachgeburt 10 Minuten nachher. Normales Wochenbett.

Ich zweifle nicht, dass neue Thatsachen obige Zahl bald erhöhen und gestatten werden, den wirklichen Werth dieses Instrumentes zu bestätigen, welches hoffentlich dem so lange zwischen den Anhängern des Kopfzerdrückers und denjenigen des Kopfzerstückelers währenden Zwiste ein Ende machen wird; der kombinirte Kopfzerstückeler wird jene beiden Instrumente vereinigen.

Auvard (Paris): Über die Behandlung der schlimmen Brust.

Inhalt: Allgemeines über die schlimme Brust, ihre Entstehung. — Vorbeugende Behandlung: Doppel-Heilanzeige und zwei entsprechende Mittel. — Heilverfahren: Doppel-Heilanzeige und zwei entsprechende Mittel. — Behandlung der septikämischen Wunden. — Résumé der Behandlung: Doppeleinsaugende Brustpumpe und Alkohol.

Bei dem Stillen sind drei Hauptpunkte zu betrachten: die Pat., die Milchdrüsen und die Brustwarze:

die Person, welche, um stillen zu dürfen, von kräftiger Leibesbeschaffenheit und frei von Krankheit sein muss;

die Milchdrüse, deren normale Entwicklung und Gestaltung zur Milchabsonderung unumgänglich nothwendig sind;

die Brustwarze endlich, welche dem Kinde gestatten wird, die von der Brust gelieferte Milch zu saugen.

Lezterer Faktor des Säugens wird mich hier einzig und allein beschäftigen.

Die Brustwarze, welche bestimmt ist, der direkten Einwirkung des Mundes des Säuglings ausgesetzt zu werden, wird durch die Sauganstrengungen gebissen, zerquetscht, verwundet, und öfters zum Sitz kleiner, unter dem Namen »Risse« genannten Wunden.

Diese Verwundungen, welche zuweilen so klein sind, dass eine große Aufmerksamkeit nöthig ist, um die Spuren derselben zu entdecken, haben doppelt unangenehme Folgen.

Durch die äußerst empfindlichen Schmerzen, welche sie verursachen, machen sie das Stillen schwer und zuweilen unmöglich.

Durch den Riss, welchen sie bilden, können sie den Mikroben Eingang verschaffen und auf diese Weise zur Ursache der lokalen oder sogar der allgemeinen Blutvergiftung werden.

Der Arzt soll also deren Bildung möglichst vorbeugen und dieselben heilen, wenn die Vorbeugungsbehandlung erfolglos gewesen ist.

Vorbeugende Behandlung.

Die schlechte Gestaltung der Brustwarze und die Dünne ihres epithelialen Überzuges sind die beiden Ursachen, welche die Bildung der Risse am meisten hervorbringen: die vorbeugende Behandlung wird also eine Doppel-Heilanzeige ins Auge fassen:

1) die Brustwarze gestalten, Gestaltungsfrage;

2) die Brustwarze verstärken; Verstärkungsfrage.

Ich werde weder hier, noch bei dem Heilverfahren die zahlreichen von den Ärzten empfohlenen therapeutischen Mittel erwähnen; ich wünsche, mich hier auf die Anwendung meiner persönlichen Praxis zu beschränken.

Um die Brustwarze zu gestalten, muss man ihren Höcker durch längeres an ihrer Oberfläche bewirktes Saugen vergrößern und dieselbe durch eine solche Gymnastik auf das Saugen des Säuglings vorbereiten.

Um die Brustwarze zu verstärken, muss man sie in Berührung

brauch der Brustpumpe bei jeder Zitze vor während der ersten 8 Tage nach der Entbindung.

Vom 8. bis zum 15. Tage giebt die Mutter die bloße Brust einmal ums andere und gebraucht gleichfalls die Brustpumpe einmal ums andere abwechselnd für die beiden Warzen.

Nach 15 Tagen bietet gewöhnlich das direkte Stillen keine Gefahr mehr; der Arzt wird aber wahrnehmen, wann es angezeigt ist, den Gebrauch der Brustpumpe fortzusetzen.

Hinsichtlich des Stillens gebraucht man die Brustpumpe folgender Weise:

Nachdem Mutter, Kind und Brustpumpe passend placirt sind, fängt die Mutter an, das Hütchen luftleer zu machen, indem sie genügend stark ansaugt. Im Sauger des Kindes ist ein kleines Ventil angebracht, welches die Rückkehr der Luft durch das untere Röhrchen verhindert. Ist eine genügende Luftmenge ins Glashütchen eingedrungen, so hört die Mutter auf, anzusaugen, und dann bringt der Säugling die Milch mühelos bis in seinen Mund. — Sobald die Mutter sieht, dass das Glashütchen leer ist, so fängt sie das Ansaugen wieder an, wie vorher. So geht es fort.

Ich werde nicht auf die äußerste Reinlichkeit hinweisen, mit welcher der kleine Apparat behandelt werden will. Dieser Rath ist für kenntnisreiche Ärzte abgedroschen.

Heilverfahren.

Ist der Riss hervorgebracht, so versucht der Arzt, die Vernarbung desselben zu erwirken.

Einerseits legt er ein örtliches Mittel auf die Wunde, welches, obgleich es antiseptisch ist, die Narbenbildung fördert. Andererseits entfernt er die Ursache, das heißt, er verhindert die Verwundung durch den Mund des Kindes.

Diese beiden Heilanzeigen müssen in der That im engsten Zusammenhang bleiben, sonst ist die Behandlung fruchtlos. Alle örtlichen Mittel, sogar die besten und die wirksamsten sind ungenügend, wenn das Kind fortfährt, die schlimme Brust zu saugen, denn bei jedem Zug öffnet und vergrößert sich die Wunde wieder. Der ganze, durch eine lange Anwendung gewonnene Erfolg geht also verloren, ja es verschlimmert sich sogar der Zustand dabei.

Ich möchte behaupten, indem ich es übertreibe, um mich besser verständlich zu machen, dass die Wirkung der örtlichen Mittel eine nebensächliche ist, und dass die Hauptsache in der Vermeidung der Verwundung durch den Mund des Säuglings besteht.

Um die Verwundung durch das Saugen zu vermeiden, gebraucht man die doppelansaugende Brustpumpe nach obigen Regeln.

Als örtliches Mittel gebraucht man den Branntwein oder den 90 %igen Alkohol, welcher den Vortheil besitzt, zu gleicher Zeit antiseptisch und vernarbend zu wirken. Den Alkohol wendet man an

mittels mit dieser Flüssigkeit durchnässter und mit englischem Pflaster geschützter Verbandstücke oder Taschentücher; das Ganze wird durch einen geeigneten Verband gehalten.

Bis hierher habe ich nur die Behandlung der einfachen Risse ohne mikrobischen Hinzutritt ins Auge gefasst. Wenn lokale Septikämie mit oder ohne Entzündung der Lymphgefäße und allgemeine Reaktion vorhanden, so ist ein energischeres Heilverfahren nöthig. Man muss den Riss mit Höllenstein ätzen, um die Mikroben zu zerstören, und ferner erfrischende Mittel auf die entzündete Brust legen; in den schweren Fällen muss das Stillen zeitweise oder für immer aufhören, wenigstens auf der kranken Seite.

Dies sind die Beobachtungen, welche ich bei der Behandlung der schlimmen Brust vorlegen wollte, eine Behandlung, welche, außer den septikämischen Symptomen, in der Anwendung des Alkohols und der doppeleinsaugenden Brustpumpe präventiv und kurativ gipfelt. Durch dieses Mittel und durch diesen Apparat kann man besser als durch jedes andere Verfahren die nicht septikämischen Risse der Brust verhindern und heilen.

Auvard (Paris). Über das Tamponiren innerhalb der Gebärmutter.

Am 27. August 1887 veröffentlichte Dr. Dührssen im »Centralblatt für Gynäkologie« einen Artikel über das Tamponiren innerhalb der Gebärmutter durch Jodoformgaze, zum Stillen des Blutergusses aus Atonie der Gebärmutter. Zwei Beobachtungen führte er an zum Unterstützen des von ihm gepriesenen Verfahrens.

Dort beschreibt Dührssen folgendermaßen die Operation, welche er in jenen beiden Fällen ausgeführt hat: Man nimmt Streifen von mit 20 %igem Jodoformpulver bedeckter, handbreiter und viermal zusammengefalteter Jodoformgaze. Der Gebärmutterhals wird mittels zweier Zangen befestigt und angezogen, welche bei den vorderen und hinteren Lippen angesetzt werden.

Das Ende der Gaze wird bis auf den Boden der Gebärmutter mittels einer 30 cm langen Zange eingeführt, während die andere freie Hand den Boden der Gebärmutter durch die Bauchwand erfasst.

Die wieder herausgezogene Zange erfasst einen neuen Theil des Streifens und schiebt denselben in die Gebärmutterhöhle. Nachdem dieselbe Manipulation mehrmals wiederholt wurde, ist bald die Gebärmutter voll. Man nimmt die an dem Hals befestigten Zangen weg, das Ende des Jodoformgazestreifens hängt durch die Schammündung heraus. Der Bausch bleibt 24 Stunden an Ort und Stelle; um denselben herauszuziehen, genügt es, das Ende des Streifens mehrmals gelinde anzuziehen, welcher sich nach und nach entrollt, indem er das Innere der Geschlechtsorgane verlässt.

Im September 1887 veröffentlichte Fraipont 2 Fälle, bei

welchen er diese Methode angewendet hat. Kurze Zeit nach der Veröffentlichung von Dührssen wendete ich in der Charité dasselbe Verfahren an und war von seiner blutstillenden Kraft überrascht. Eine erste Mittheilung erschien November 1887 in der »Gazette hebdomadaire«.

Neue Veröffentlichung Dührssen's über denselben Gegenstand im Jahre 1888[1].

In demselben Jahre ließ ich im 2. Bande meiner Abhandlungen über Obstetrik einen größeren Aufsatz über diese Frage erscheinen und sammelte 17 Fälle, bei welchen das Tamponiren innerhalb der Gebärmutter in der Geburtshilfe angewendet wurde.

Schließlich vervollständigte Dührssen seine ersten Mittheilungen bei dem Kongress für Gynäkologie in Freiburg im Jahre 1889 und veröffentlichte einen ausführlichen Aufsatz in »Volkmann, Sammlung klinischer Vorträge[2]« mit einer Statistik von 65 Fällen, bei welchen das Tamponiren innerhalb der Gebärmutter bei Nachblutungen angewendet wurde.

Unter diesen 65 Fällen sind 6 Todesfälle. In 3 Fällen fand der Tod kurze Zeit nach der Entbindung statt, obgleich das Tamponiren den Bluterguss gestillt hatte; letzterer war aber zu groß, als dass es der Pat. vergönnt sein sollte, wieder gesund zu werden. Eine Pat. starb an rapider Blutvergiftung, bei welchem Fall die antiseptische Behandlung nicht streng genug ausgeführt wurde. Eine Pat. starb an Krämpfen und an Lungenödem, so dass dieser Fall unmöglich dem Tamponiren vorgeworfen werden kann. Endlich starb eine Pat. 2 Monate nach der Entbindung an Tuberkulose, das heißt an einer dem Tamponiren ganz fremden Komplikation.

Seit meiner letzten Mittheilung habe ich zweimal Gelegenheit gehabt, in meiner Privatpraxis das Tamponiren innerhalb der Gebärmutter anzuwenden.

Das erste Mal am 11. Februar 1889 bei Frau G. — Hervortreten des Kopfes bei einer zum ersten Mal Gebärenden. Anwendung der Geburtszange der Härte des Dammes wegen, mit durch Chloroform erzeugter Unempfindlichkeit, reichlicher Bluterguss nach der Nachgeburt. Da warmes Wasser und eine halbe Ergotineinspritzung unzureichend waren, führte ich das Tamponiren innerhalb der Gebärmutter mit einem Streifen Jodoformgaze aus. Stillen des Blutergusses. Herausziehen nach 14 Stunden. Normale Reinigung.

Das zweite Mal bei Frau L. am 30. Mai 1890. Spontane Entbindung ohne Chloroform. Nachgeburt mittels des gemischten Verfahrens. Reichlicher Bluterguss der Nachgeburt aus Unthätigkeit der Gebärmutter. Da warmes Wasser und Ergotinin erfolglos, Tamponiren mit einem einfachen vorher in $^1/_{1000}$ Sublimatlösung durchnässten und dann vor der Einführung tüchtig ausgerungenen Streifen.

---

[1] Die Anwendung der Jodoformgaze. Berlin 1888.
[2] No. 347 (Gynäkologie No. 100).

sziehen nach 12 f

a 65 der Dührs
lso eine Zahl vo
dem Verfahren v
%.
chkeit übersteige
s jeden Streites a
alb der Gebärmut
keit von den Ge
elbe angewendet
iren innerhalb d
er Blutergüsse n
n, damit wir un

ausdehnbaren
einfach oder mi

tel, dessen Gebra
shelfer doch kein

er Aorta durch d
eingeführten Han
mkeit übrigens b
eburtshelfers mit
uerst unterliegt.

nd Massiren der
es blutstillendes
ird, den Blutergu
d in die Gebärmu
nthätige Organ zu
e Manipulation;
en innerhalb de
e Wiederkehr de

ler Gebärmutter.
Gebärmutter ang
lkohol, Jodtinktu
die Gebärmutter)
und zugleich g
den mittelstark
einige Fälle, bei
ter zu einer unu

ch angewendete M

der besten und ältesten blutstillenden Mittel in den Fällen der Unthätigkeit der Gebärmutter. Man darf also die Anwendung desselben mit dem warmen Wasser zusammen nicht außer Acht lassen. Dieses Mittel wird aber nicht immer genügen, und zuweilen muss es durch das Tamponiren innerhalb der Gebärmutter vervollständigt werden.

Unter obigen Mitteln sollen die 3 ersten für besondere Fälle vorbehalten werden. Die beiden letzten, das heißt die Einspritzungen mit warmem Wasser und das Mutterkorn, müssen behalten werden, da aber ihre Wirksamkeit keine beständige ist, wird es nothwendig sein, ein für schwere Fälle wirksameres Mittel nebenbei zu haben: ein solches Mittel ist das Tamponiren innerhalb der Gebärmutter.

Was das Zusammendrücken der Gebärmutter durch die Bauchwand und die Einführung der Hand in die Gebärmutter betrifft, so sind dies gute Unterstützungsmittel für das Tamponiren innerhalb der Gebärmutter; wenn sie aber ausschließlich angewendet werden, können sie keine ausreichende Sicherheit betreffs des Blutstillens gewähren.

Wir wollen nun sehen, wie und in welchen Umständen jene verschiedenen Mittel vortheilhaft angewendet werden können. Jetzt bin ich bei den Heilanzeigen des Tamponirens innerhalb der Gebärmutter und bei den entsprechenden Handgriffen. Um diese Heilanzeigen besser verständlich zu machen, werde ich zugleich die anderen Mittel besprechen, deren Anwendung in solchen Fällen zu behalten ist, kurz, ich werde das Verhalten des Arztes bei den aus der Nachgeburt stammenden Blutergüssen besprechen, indem ich Alles ganz besonders berücksichtigen werde, was sich auf das Tamponiren innerhalb der Gebärmutter bezieht.

Hierbei ist es wichtig, die mittelstarken und die schweren resp. plötzlichen Blutergüsse zu unterscheiden.

a. Mittelstarker Bluterguss.

1) Die eine Hand wird auf den Fundus der Gebärmutter gelegt, um sich zu vergewissern, ob das Organ unthätig oder zusammengezogen ist.

Die Gebärmutter ist weich, sie ist **unthätig**: man drückt mit der Hand energisch auf die Gebärmutter, um dieselbe zu entleeren, und man fährt damit fort unter der Form des Massirens; unmittelbar nachher giebt man mit einer antiseptischen Lösung eine 50° warme Scheideneinspritzung oder besser eine 50° warme Einspritzung innerhalb der Gebärmutter; aus Vorsichtsrücksichten giebt man 1 g pulverisirten Mutterkorns oder besser eine subkutane Ergotin- oder Ergotininjection. Wenn diese Mittel unzureichend sind, wendet man das Tamponiren innerhalb der Gebärmutter, welches man folgendermaßen vollführt:

Nachdem eine Scheideneinspritzung vorher gegeben und die Pat. quer über das Bett gelegt ist, fasst man die vordere, dann die hintere Lippe des Halses mittels einer Klemmzange; der Hals wird so bis zur Scham gebracht, während zu gleicher Zeit ein Assistent auf den Boden der Gebärmutter drückt, um die Senkung zu fördern;

t, um sich zu vergewissern, dass de
riellen Blutergusses ist, in welcher
t. welche man im Nothfalle dur
digt. Indem der Hals festgehalten
erhöhle reichlich aus, um sie vo
lche im Nothfalle mit zwei Finger

icht, wenn man zugleich auf den F

le frei, so bringt der Arzt ins
ge oder einfach der Finger, das
loform bestreuten, vorher einige
oder in eine 1‰ige Sublimatlösu
iltig ausgerungenen Gazestreifens.
ger heraus und fährt auf dieselbe
le voll ist. Ehe man die Klemm
gleichfalls gefüllt werden. Ist de
öglichst viel Gaze in die Scheide,
Tamponiren innerhalb der Gebärm
r Scheide, was viel sicherer ist.
Ort und Stelle bleiben, eine Zeit,
tstillen zu sichern.
hart, der Bluterguss stammt nic
; man sucht nach der Wunde,
örpers den Bluterguss verursachen
verursachende Wunde exi
, Naht oder Zusammendrücken, j

s verursachende Wunde ex
lutergusses findet sich in gleicher
ehr mit dem Hals: man muss d
un ist man bei dem 3. Theil der
s unerlässlich nöthig ist, die Pa
bei dem Tamponiren.
sser Lage, vergewissert man sich
der Scheide und des Halses, u
densein eines Risses bei der eine
chten.
issen. Ist die Wunde tief und
Letzteres ohne Verzug thun; ein T
utter wird dann eine vortheilhafte

sen. Der Hals wird mittels de
che Höhe mit der Vulva gebracht
der Wunde mit unbewaffneten
so erfolgt Ligatur und Naht; w
hrt man das Tamponiren innerha

Gebärmutter, zu welchem Zweck Alles schon vorbereitet wurde, so dass die Anfangs zur Untersuchung bewirkte Senkung des Halses dann zur Anwendung des blutstillenden Mittels dient. Es sei denn, dass ein Riss der Gebärmutter besteht, dessen Diagnose entweder bei der Niederkunft oder während der, in solchen Fällen fast stets künstlichen Nachgeburtslösung geschieht, wird obiges Verfahren zur Diagnose und zur Behandlung des Blutergusses methodisch führen, wenn letzterer mittelstark ist.

Die drei Vorzugsmittel zum Sichern des Blutstillens sind also außer den Ligaturen und Nähten:

1) die Warmwassereinspritzungen;
2) das Mutterkorn;
3) das Tamponiren innerhalb der Gebärmutter.

Die drei Stufen der Diagnose bestehen aus der successiven Untersuchung:

1) des Gebärmutterkörpers mittels der Hand;
2) der Vulva mittels der Augen;
3) der Scheide und des Gebärmutterhalses mittels des Fingers und der Augen, nach vorheriger Senkung der Gebärmutter.

b. Schwerer resp. plötzlicher Bluterguss.

Dieser Bluterguss kommt stets vom Gebärmutterkörper und ist durch die Unthätigkeit des Organs verursacht. Der Geburtshelfer hat keine Zeit mehr, obige Untersuchung vorzunehmen, welche übrigens unnütz wird, da die Ursache selbst durch die Reichlichkeit des Blutflusses angezeigt ist. Ohne jeden Verzug muss man successive zu den drei folgenden Mitteln greifen:

1) die eine Hand auf dem Boden der Gebärmutter, um dieselbe festzuhalten, zusammenzudrücken und zu massiren;

2) die andere Hand im Inneren des Organs, um dasselbe zu entleeren und anzuregen;

3) die Behandlung vollenden, indem man einen Bausch innerhalb der Gebärmutter und der Scheide anwendet und aus Vorsicht 1—2 g Mutterkorn giebt.

Im Falle des schweren Blutergusses ist die Ausführung des Tamponirens innerhalb der Gebärmutter etwas verschieden von dem obigen Verfahren; denn die vorherige Einführung der Hand in die Gebärmutter ändert die Umstände, in welchen der Arzt sich befindet.

Ohne die Hand herauszuziehen und indem er die Gebärmutter hält, legt er die Pat. quer über das Bett, dann verlässt er den Boden der Gebärmutter, welche er dem Assistenten überlässt; ist dann die Gebärmutter leer, so schiebt er mit einer Zange oder mit den Fingern der freien Hand das Ende des Gazestreifens bis in die Gebärmutter. Die darin befindliche Hand erfasst das Ende und bringt es bis auf den Boden. Ein neuer Theil des Streifens wird auf dieselbe Weise eingeführt und bis auf den Boden der Gebär-

Reihe solcher Bewegunger
as Tamponiren innerhalb
dann vollendet wie oben.

Résumé:

starker Bluterguss.

i Diagnosen:

utter

r der Halsgegend } Ur des Bl

(außer den Ligaturen und
Einspritzungen;

r Gebärmutter und der Sch

p. plötzlicher Bluterguss.

Diagnose ist möglich:

utter.

apeutische Mittel:

Massiren der Gebärmutter

die Gebärmutter;

r Gebärmutter und der Sch
Tamponiren innerhalb der (
ilfsmittel, ein wirksames b
ır mit Unrecht in der prak
ı werden kann.
theilung antworte ich eine
eses Verfahren hörte: »In
Tamponiren innerhalb der (
rfolge haben; wenn dasselb
nd Hebammen überlassen

nftschluss müsste man auch
ßen, weil es vergiften kan
an müsste auch den Gebra
Instrument, wenn schlecht
en kann; kurz, es müsste
ı, wenn man sich auf solch

lb der Gebärmutter ist ein
renn schlecht ausgeführt, k
ı kein Grund, dasselbe aus
egelrecht auszuführen.

Sol
führend
(vgl. Ab

e

Er
natürl.
kann, e

nem Scanzoni'schen Syphon (*b*) nebst

ıe befestigt und die Kette angehängt
ı des Pedals ein mit dem Haken *d* in
ht schließender Stempel abwärts ge-
ine Ende des Gummischlauches durch
ıen einführen, während das andere
iner Ansatzröhre, entweder Metall- oder
tgummiröhre in das höher stehende
ird. Soll der Apparat zum Waschen
artgummiansatzröhre (*g*) als Ausfluss
man an diesem mittels eines Stückchen
Uterusrohr.

Thätigkeit gesetzt, dass zuerst durch
Rohre *b* das Wasser angesogen wird,
em Fuße auf das Pedal das Ausfließen

Fig. 5.

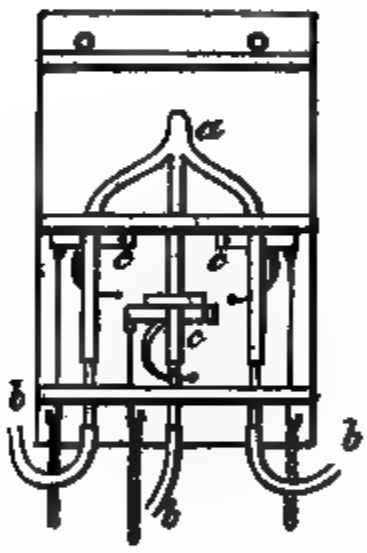
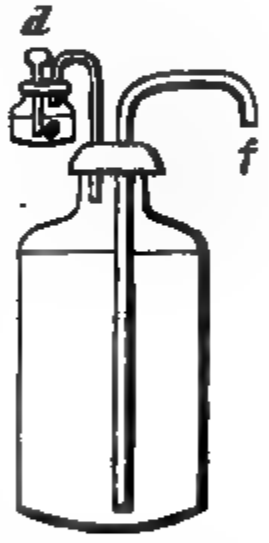


Fig 4.



Ein zweiter Apparat, von demselben Erfinder konstruirt, dient zur Desinfektion der Hände im Operations- oder Gebärsaale; durch seine einfache Bedienung mittels eines Fußes soll die Nothwendigkeit, die Hände in Berührung mit Waschgefäß oder Hahn zu bringen, beseitigt werden.

Die mittlere der 3 Flaschen (Fig. 3) enthält Wasser, die der einen Seite eine 5 %ige Karbollösung, die der anderen Sublimat
er Flasche (Fig. 4) ist doppelt durchg geht ein Glasrohr (*f*), welches mit i verbunden wird. Ein zweites kurzes,

gebogenes Glasrohr führt zu einem Fläschchen, welches halb mit einer Mischung von Spiritus und Karbolsäure gefüllt ist (*e*), in diese Mischung taucht ein Glasstab mit Wattepfropf (*d*). Durch die letztere Vorrichtung soll die zu der großen Flasche geleitete Luft erst gereinigt werden.

Unterhalb der 3 Flaschen sieht man eine senkrecht stehende Platte, der Löwenkopf auf derselben enthält das gemeinsame Ausflussrohr der Flaschen. An der hinteren Seite der Platte (Fig. 5) ist eine Hartgummiröhre (*a*), von der aus ein kleines gläsernes Ansatzrohr im Löwenkopfe mündet. Die Hartgummiröhre (*a*) theilt sich nach unten in 3 Theile, deren je einer mit dem Abflussrohr einer Flasche verbunden ist. Hölzerne Klemmen (*c*) verschließen durch Druck die Gummischläuche und können durch einen Tritt auf das Pedal geöffnet werden.

Will man z. B. verdünnte Karbollösung haben, so tritt man zu gleicher Zeit auf das mittlere und das der betreffenden Seite entsprechende Pedal.

Heyder (Leipzig).

Clarke (Cambridge, Mass., Amerika). Über die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose der Pyosalpinx als einer Ursache eiteriger Beckenentzündungen.

Nach einem Überblick auf ältere Ansichten und Lehren bezüglich präexistirender Ursachen gewisser Formen von »Peritonitis suppurativa« und »cellulitis« fährt Redner fort, die Erfahrung lehre, dass Eiteransammlungen im Ligamentum latum und in dessen Umgebung öfters durch freie Incision und Drainage durch den Douglas'schen Raum erfolgreich behandelt werden könnten. Sind jedoch die Adnexe des Uterus selbst der Sitz des Krankheitsprocesses, so wäre eine solche Behandlung nicht von dauerndem Erfolge. Incision und Drainage können eine Zeit lang die Beschwerden mildern, über kurz oder lang jedoch werden plötzliche Verschlimmerungen nicht ausbleiben. Das Wiederauftreten solcher Verschlimmerungen ist immer ein Zeichen von Entzündung oder Verletzung der Tube, ein stets gefahrvoller Zustand, der oft zu einem verhängnisvollen Ausgange führt. Ein Abscess der Tube oder des Eierstocks kommt zuweilen vor, der zu üblem Ende führt, ohne dass eine direkte Verbindung mit der Bauchhöhle bestand. In solchen Fällen ist die Todesursache in einer diffusen Peritonitis zu suchen, welche ausgedehnte Adhäsionen, Cirkulationsstörungen und allgemeine Erschöpfung verursacht. Das häufige und unregelmäßige Eintreten der menstrualen Turgescenz des Uterus und seiner Anhänge führt zur Zerstörung der Gewebe und Follikel der Eierstöcke. Besteht ein solcher Zustand lange Zeit, ohne dass durch chirurgische Maßnahmen Ovulation und Menstruation beseitigt werden, so begünstigt er die Entwicklung einer Pyosalpinx. Wenn solche Krankheitsprocesse auftreten, so ist es das Beste, gleich die entzündeten Tuben und Eierstöcke vollständig zu entfernen. Kommt

ler purulentes Exsu
Zeit hin ohne zu
Quelle für große
ocesse werden. Die
wie die Eiterkörpe
uganges werden, z
kt in den Uterusanh
Fälle an, in denen
zu versuchen.)
eines Falles von P
ie Tube geschlossen
glückliche Erfolg d
sichert werden, wen
e dass etwas von i
eilen ist die Ausde
las Fimbrienende hi
mehrt die Gefahren
kürzlich gerufen wu
it vorgeschritten, da
n konnte. Die Ei
Tubenende zu pass
erzielt.
ahrelang bestehende
fanden, zeigt am d
lichst frühzeitigen I
Lebensgefahr könn
Leiden erspart und
en.'
Ausführungen giebt
chten, um die Vort
e frühzeitige Oper

---

gitis gonorrhoica.

Untersuchung des 1
ubenerkrankungen
8mal die Anwesenh
n. Von diesen konn
Staphylococcus pyog
wegliches, saprophy
rerden. In den re
inend steril, enthiel
ach Gram färbbar
okokken in charak
n 3 Fällen gelang e
exstirpirten Organe

Bei der Operation hatte sich aus den geborstenen Tubarsäcken gonorrhoischer Eiter auf das Peritoneum ergossen. Diese und mehrere vorher von Anderen beschriebene Fälle von Pyosalpinx mit nachweislicher Gonokokkenaussaat auf das Peritoneum regen zur weiteren Diskussion über die Frage der Gonokokkenperitonitis an.

Bumm, von der Ansicht ausgehend, dass nur Cylinderepithel vom Gonococcus Neisser durchbrochen werde, negirt die Existenz einer solchen specifischen Erkrankung der Serosa. Koch hält die Frage noch für ungelöst.

Da jetzt nachgewiesen ist, dass auch geschlossenes Pflasterepithel dem Gonococcus nicht zu widerstehen vermag, und im entzündlichen eiterigen Inhalte der Kniegelenksynovia, welche dem Peritoneum histologisch gleichartig ist, Tripperbakterien gefunden sind, darf man, eingedenk der zwischen Streptokokken und Staphylokokken einerseits und Gonokokken andererseits herrschenden Analogie bezüglich der Eiterbildung, die Möglichkeit einer Peritonealinfektion nicht direkt von der Hand weisen. Und wenn auch die bisher veröffentlichten Fälle von sicherer Gonokokkenaussaat auf das Peritoneum keine Veranlassung zur Annahme derselben liefert, so ist eben so wenig Bumm's Ausspruch: es giebt keine Gonokokkenperitonitis, durch den Ausgang der Fälle erhärtet. Denn abgesehen von dem geringen Umfange des Materials sind die Kokken in allen Fällen von Antisepticis beeinflusst gewesen und ihre Infektiosität hatte sicherlich unter der langen Einwirkung ihrer eigenen toxischen Stoffwechselprodukte in den stagnirenden Eitermassen schwer gelitten. Analoge Verhältnisse findet man bei alten Abscessen. Frische, virulente Gonokokken verhalten sich, auf die menschliche Serosa gebracht, vielleicht doch nicht so harmlos.

Unentschieden muss man ferner die Frage lassen, ob die akuten und chronischen Pelveoperitonitiden, nie fehlende Komplikationen der Pyosalpinx gonorrhoica, durch specifische Infektion des Beckenbauchfells bedingt sind, oder ob sie nur durch den Reiz des überfließenden Sekretes ohne organisirte Entzündungserreger hervorgerufen werden, oder lediglich der Ausdruck einer stattgehabten Mischinfektion sind. Erst die genaue Durchforschung eines großen Materials kann den Streit entscheiden. **Heyder** (Leipzig).

Abel (Berlin). Zur Anatomie der Eileiterschwangerschaft nebst Bemerkungen zur Entwicklung der menschlichen Placenta.

Es handelte sich um eine 21jährige Nullipara, welche in Folge von Verblutung in die Bauchhöhle starb, bevor die beabsichtigte Laparotomie begonnen werden konnte. 12 Stunden p. m. wurde das instruktive Präparat durch die Sektion gewonnen und gleich in natürlicher Größe gezeichnet. In einem sehr frühen Stadium der Schwangerschaft ist die Ruptur erfolgt, die Länge des Theiles der

s das 5—6 Wochen alte Ei beherbergte, ist nur Untersuchung des Eies in situ vornehmen zu en ganzen, den Fruchtsack enthaltenden Theil legte daraus Serienschnitte an.

ie Aufmerksamkeit auf 2 Befunde, die an den) aufgestellten Präparaten zu erkennen waren: ; der uterinen Decidua und das viel umstrittene otten, welch' letzteres einen Rückschluss auf die rillösen Räume gestattet. Die Oberfläche des in andelten Endometrium ist mit einer deutlichen, spindelförmigen Zellen bestehenden Haut be-

m sind umhüllt von einem zweischichtigen Epi- Lage aus deutlich von einander abgegrenzten großem Kerne besteht, während die Zellen der gedrückt sind und nicht so scharfe Kontouren ier Vergrößerung wurde am äußeren Rande der ein scharf doppelt kontourirter Raum sichtbar; ung wurde als Auskleidung ein Häutchen nach- s langgestreckten Zellen und Kernen bestand, n angesprochen wurden. Die Gefäße der müt- h man offen an der Oberfläche einmünden, und thel bekleidet ist, so dient das Präparat mit zur

von Waldeyer, dass die intervillösen Räume als die zu Blutsinus erweiterten mütterlichen ndothel die Chorionzotten vor sich herschieben. sultate der Untersuchung in folgende Sätze zu-

rium steht im Beginn der Umwandlung in eine akte Schicht, Friedländer's Zellenschicht, ist bildet.

henepithel der Decidua uterina ist noch in der erhalten, wenn auch in stark veränderter Form

b des Fruchtsackes gelegene Theil der Tube n Fällen unverändert.

eiche des Fruchtsackes bildet sich die Tuben- Decidua tubaria vera um, welche an den Polen entwickelt ist, an der Stelle des größten Durch- erotina völlig atrophirt sein kann (Druckatrophie). hel der Decidua serotina ist verschwunden und ndothel der frei mündenden Gefäße. In der Tiefe h normales Epithel der Tubenschleimhaut er-

der Chorionzotten ist ein dreifaches. Auf eine doppelte Epithellage fötalen (ektodermalen) Ursprungs folgt als äußerste Begrenzung das mütterliche Gefäßendothel.

6) Die intervillösen Räume sind die stark erweiterten mütterlichen Gefäße, deren Wände von den Chorionzotten nicht durchbrochen werden. **Heyder** (Leipsig).

Halbertsma (Utrecht). Über Kaiserschnitt bei Eklampsie.

Redner führte ungefähr Folgendes aus:

Ziemlich allgemein ist die Meinung, dass die Prognose der Eklampsie am schlechtesten ist, wenn sie ante partum auftritt. Nach Schauta z. B. war die Mortalität unter 42 Fällen von Eklampsie vor der Geburt für die Mütter mehr als 50%, für die Kinder fast 42%, nach Stumpf, der seine Pat. mit Narkoticis und heißen Bädern behandelte, war die Mortalität (von 25 Fällen betrafen ca. 20 Fälle Eklampsie in der Schwangerschaft) 17% für die Mütter und 77% für die Kinder. Unter seinen Fällen starben 3 unentbunden. Bei diesen Resultaten scheint es mir wohl der Mühe werth, zu überlegen, ob es nicht möglich ist, noch mehr Frauen und Kinder zu retten. Mich führte unter Anderen die Beobachtung eines Falles von Sectio caesarea in ultimo stadio und die verbesserte Technik der Operation zu dem Entschlusse, in einem Falle von Eklampsie, wo keine Wehen eintraten, den Kaiserschnitt vorzunehmen, in der Absicht, dadurch Mutter und Kind zu erhalten. (Dieser und auch ein folgender Fall sind schon referirt; in beiden Fällen günstiger Erfolg für Mutter und Kind).

Im Ganzen ist jetzt in Holland 6mal bei Eklampsie der Kaiserschnitt gemacht worden. Nur in einem Falle, wo die Operation in ultimo stadio stattfand und keine Naht angelegt wurde, ist die Frau gestorben. Von den 6 Kindern ist nur 1 bald nach der Geburt gestorben, das im Anfang des 8. Lunarmonats geboren wurde.

Besonders interessant ist in diesen Fällen der günstige Einfluss auf die Konvulsionen gewesen. Unter 5 Fällen, wo die Konvulsionen bis zur Geburt heftig waren, sind nur in 1 Falle noch 3 leichte Attacken vorgekommen; die eingreifende Operation veranlasste nicht nur keine neuen Konvulsionen, sondern machte den vorhandenen prompt ein Ende.

Endlich hat die Blutung, die beim Kaiserschnitt doch gewöhnlich größer ist, als bei normalen Entbindungen und in 1 Falle so stark war, dass der Puls einige Zeit post partum nicht zu fühlen war, gar keinen ungünstigen, wahrscheinlich sogar einen günstigen Einfluss gehabt.

G. Veit sagt zwar, dass man keine Frau an Eklampsie verlieren dürfe, verlor aber selbst zwei. Diese Thatsache giebt H. denen zu bedenken, welche für große Morphiuminjektionen allein sind, es dürfe daher wohl eine eingreifendere Therapie ins Auge gefasst werden. Ob die Sectio caesarea in der Schwangerschaft besonders gefährlich sei, lässt H. noch unbestimmt, neigt aber zu der Ansicht, dass es nicht der Fall sei. Von 10 Fällen, welche in Holland wäh-

perirt wurden
e Komplikatio
nen ließen. I

eingreifende
llen; so kann
er Cervix mit
ziehen. Au
he Art die
n für die Fäl
verstrichen i

den bisherig
en Fällen Mu
keine bestimm
eißen Bädern
n nöthigen S
ung, dass bei
t nur für die
ere werden a
ür Nachkrank
nn es ist in
rinae und die
ast wenn die
ren, so ist k
en günstigen

onell, den S
men; nachne
ler Schwange
Fall gewesen
edners sind:
am Ende de
man öfter e
rkoticis und
Fällen, wie
gefährlichere
nicht unentb

[illegible] richtet über zw
In einem Fall handelte es sich um die
mit einem großen beweglichen Ovarialtum
häufig ihre Lage: einmal kam sie vor
andere Mal war sie hinter ihm zu fühle
tomie, welche vollständig gelang. Der

Zeit. — Im anderen Falle enukleirte C. mit Erfolg ein Myoma colli intra partum. Der Geburtsverlauf wurde kaum beeinflusst.

Es wird die Demonstration von mehreren Präparaten angeschlossen: a) ein großes Myom des Corpus uteri, welches mit Belassung des Uterus exstirpirt wurde; b) ein cystisch-myxomatös degenerirtes Myom, welches mit einer Gravidität im 2. Monat komplicirt war. Der Tumor wurde ligirt und exstirpirt. Die Schwangerschaft nahm ihren ungestörten Verlauf; c) ein intra-partum rupturirter Uterus. Das Kind, welches quer lag, wurde ausgestoßen. Die Frau wurde durch Porro'sche Operation gerettet. Bei genauer Betrachtung erwies sich der Uterus als U. bicornis, woraus die Querlage und die Ruptur abzuleiten war. **Sack** (Langensteinbach).

Marocco (Rom) demonstrirt: 1) einen praktischen Tamponträger, zugleich auch als Cervixdilatator und Kornzange verwerthbar, für die Uterushöhle; 2) verschiedene doppelläufige Uteruskanülen, modificirt nach Dolé ris; 3) einen Nadelhalter mit einer Vorrichtung zur Drehung der Nadel für Vaginaloperationen; 4) ein Rinnenspeculum mit einem elastischen Zug, um die Assistenz zu entbehren.

Sack (Langensteinbach).

E. Noeggerath (Wiesbaden). Die Behandlung der Ovarialcysten mit dem inducirten Strome.

N. gab die Geschichte von 6 Fällen von Eierstocksgeschwülsten, in welchen die elektrische Behandlung Absorption hervorgebracht hatte.

Die Grundsätze der Anwendung des faradischen Stromes sind:

1) Der angewandte Strom hat den Charakter der Quantität, d. h. der inducirte Draht ist verhältnismäßig stark, wie er sich in den gebräuchlichsten Induktionsapparaten meist vorfindet.

2) Der negative Pol des sekundären Stromes wird in Form eines an einem isolirten Griffe befestigten feuchten Schwammes in die Vagina eingeführt, während der positive Pol als handtellergroße Platte (Feuer-)Schwammelektrode auf dem Leibe liegt.

3) Der Strom ist nur so stark, dass er eben von der Pat. wahrgenommen wird, die Dauer der Sitzung beträgt aber zum mindesten eine halbe Stunde und dehnt sich im weiteren Verlauf der Behandlung auf eine Stunde und mehr aus. Drei Applikationen in der Woche genügen.

In einem Falle, in welchem Adhäsionen zwischen Geschwulst und Bauchfell bestanden, ward der Strom in der Weise angewandt, dass er einmal in der Sekunde unterbrochen wurde, und in dem fast hoffnungslos erscheinenden Falle schien diese Art der Anwendung höchst energisch zu wirken. N. glaubt daher in Zukunft diese Modifikation zur Behandlung größerer Geschwülste empfehlen zu können. Für kleinere dagegen zieht er den ununterbrochenen Strom wegen der Milde seiner Wirkung vor.

d fortgesetzt bis eine deutliche Verkleinerung
Wochen), und man wartet dann die selten
ıg der Behandlung ab.
kation bilden die große Masse der ein- und
rirenden Cysten (Myxadenome) von kleiner

t sich die elektrische Behandlung als außer-
ihrt. Sie ist bei Weitem radikaler, als die
bei Fibromyomen, da die Geschwülste bis
um Verschwinden gebracht werden. Nicht-
keit der Tumoren schließen.

---

eigt Abgüsse aus dem Uterusinnern vor,
ion des Uterus bei der Lebenden gewann.
ıotographien des Cavum uteri, gleichfalls bei

latation dient diagnostischen und therapeuti-

)iagnose führt er an:
ɪrweiterung so weit treiben, dass das Uterus-
lässt;
thode, die Erweiterung beliebig lange auf
zu erhalten, wenn die Stellung der Diagnose

Mittel hebt V. folgende Punkte hervor:
die Tamponade, welche eine Drainage des
ıd besonders bei chronischen Entzündungs-
ɪ rathen ist.
Mucosa uteri der Behandlung leicht zugäng-
)plikation von Arzneimitteln in Pulverform
)ment, Kauterisation).
ıch von der Dilatation macht V. bei chro-
d inoperablem Carcinom.
eiterungen des Uterus gestatten das Ein-
Fibrome um ihre Ausstoßung oder Wande-
ıen Wege zu begünstigen.
'en des erweiterten Uterus kann mit Erfolg
'andt werden. Adhäsionen des Uterus lassen
rch den in das dilatirte Organ eingeführten
t man nachher, so kann man die Manipu-
ie Öffnung weit erhalten bleibt.
Wirkung der Tamponade bei Blutungen, die
nd oder solchen, die post partum entstanden.

Neugebauer jun. (Warschau). Selbstmord einer Schwangeren durch Sprung aus dem 3. Stockwerk.

M. H.! Gestatten Sie mir heut Ihre Aufmerksamkeit für eine streitige Frage aus dem Gebiete der Lehre von den Wirbelfrakturen in Anspruch zu nehmen, welche für das Studium der Ätiologie gewisser Beckendeformationen nicht ohne Interesse und um so lehrreicher ist, als der vorliegende Krankheitsfall auch in rein geburtshilflicher Beziehung eine Fülle des Interessanten bietet, welche Sie für das specielle Eingehen auf eine mehr chirurgische und pathologisch-anatomische Frage entschädigen mag. Am 7. Januar 1890 Abends stürzte sich die 20jährige unverehelichte Dienstmagd Marianne B. im letzten Monat ihrer ersten Schwangerschaft befindlich mit Selbstmordabsicht vom 3. Stockwerk aus aus dem Fenster auf das Steinpflaster des Hofes (in Warschau Electoralstraße No. 5). Der Sturz erfolgte um 10 Uhr Abends. M. B. hatte mit ihrer Dienstherrschaft trotz mehrjähriger Dienstzeit wegen ihrer Schwangerschaft Streit bekommen, der dazu führte, dass sie, erbittert über die plötzliche Entlassung aus dem Dienst, in ihrer hilf- und mittellosen Lage der Tochter des Hauses eine Verletzung des Kopfes beibrachte. Als nach kurzer Zeit die Polizei erschien, um sie zu verhaften, schwang sie sich durch das offene Luftfenster hinaus auf die Fensterbrüstung, um herabzuspringen. Vom Zimmer her wurde sie von 2 Personen an den Röcken festgehalten. M. B. hatte auf dem Gesims des nächst unteren Fensters festen Fuß gefasst und hielt sich mit einer Hand an dem Fensterkreuz fest. Mit der anderen Hand band sie ihre beiden Unterröcke los, ward nun frei und — sprang herab. Sie stürzte so, — wie der zufällig im Hofe des Hauses anwesende Kollege Jawdynski (er war geholt worden, um die Hautwunde der von M. B. Verletzten zu nähen und ging soeben fort) und der Hausknecht mit ansahen, dass sie mit der rechtsseitigen Hälfte des Rumpfes auf das Steinpflaster zuerst aufschlug, so wie mit beiden Knieen und dem rechten Ellbogen. Die Stelle, wo die Verunglückte lag, ist 3½ Fuß von der Hausmauer entfernt, wie übrigens auch die Blutspuren verriethen, die ich am nächsten Morgen an Ort und Stelle besichtigte. An dieser Stelle befindet sich ein dem Hause parallel verlaufender Rinnstein von etwa 1 Fuß Tiefe. — Man konstatirte zunächst eine starke Blutung aus Mund, Nase und rechtem Auge, Flachquetschung der Nase. Das Hemd war blutdurchtränkt, namentlich rechterseits. Die Selbstmörderin lag bewusstlos da, und wurde zunächst durch die Polizei in das unweit gelegene Hospital zum heiligen Geist gebracht. Hier wurden alsbald von dem Hausarzte Dr. Bączkiewicz in Gegenwart des Oberarztes Dr. Zaleski die Wunden des Gesichtes gereinigt und verbunden und dann die Kranke mit der vorläufigen Diagnose: Fractura cranii auf der chirurgischen Station untergebracht. Eisblase auf den Kopf, Äther subkutan. Schlingvermögen aufgehoben. Angesichts weit vorgeschrittener Schwangerschaft wurde ein eventueller Kaiserschnitt ins Auge gefasst und wurde desshalb Nachts 2 Uhr nach mir geschickt. Ich traf die unglückliche Marianne B. in der Agonie an, ohne Puls, mit eiskalten stark cyanotischen Extremitäten, und augenscheinlich ohne Bewusstsein, gleichwohl gelang es mir nach mehrmaligen lauten Zurufen und Fragen zweimal eine kurze Antwort, wenn auch einsilbig, zu erlangen. Dann jedoch kehrte das Bewusstsein nicht mehr wieder; wir hatten nun ein paradoxes Bild vor uns: Obgleich die Kranke bewusstlos, sterbend erschien, lag sie doch nicht komatös da; sie riss sich zweimal vom Bett auf, sprang heraus und brach vor dem Bett zusammen kurz nach meiner Ankunft. Sie musste durch Händekraft im Best festgehalten werden, jedoch dauerte dies nur wenige Minuten, sowohl nach dem ersten als auch nach dem zweiten Versuch aufzuspringen folgte ein um so tieferer Verfall, die Athmung bot das Cheyne-Stokes'sche Phänomen und etwa nach einer Viertelstunde war das Bild der Agonie ausgesprochen, die Athmung röchelnd mit langen Pausen. Erst jetzt konnte ich eine etwas genauere Untersuchung vornehmen. Kolostrum in den Brüsten, Schwangerschaftsstriae, vor Allem Form und Größe des Unterleibes bestätigten, dass nicht mehr viel zum Schwangerschaftsende fehlen konnte. Die Perkussion wies überall in der unteren Bauchhälfte Dämpfung

Schwertfortsatz und Nabel
en Gebärmuttergrund ansah;
n Tastbefunde gelangen, da
› bei Ascites. Herztöne wa
s auch seitlich überall bei
ich weit entfernt zu ahnen,

stark entstellt, blauroth, ged
die Nase zerquetscht, Oberl
ıtrünstig. Am rechten Auge
rechten Lidwinkel in vertikals
parallel dem Orbitalrande ve
ınden unter einer sie trennen
ne tiefe Wundhöhle mit Blutg
Blutung aus der Nase stand jet
ge B. die Reinigung und den
eine Exploration der Schamth
raginam war ein Blutaustritt
reich, gelockert wie am Schw
, normal; sie ließ den Zeige
alkanales mit oberer Basis fa
ıicht zu erreichen, trotzdem d
aigen Wehen absolut nichts
chdecken so gespannt, dass ic
erhielt.

aturales, Accouchement forcé,
ten Todes und der noch nicht
o nur in Frage kommen den
zu machen. Sollte ich Fehl
n letzten Athemzug abwarten
zu Letzterem und wie der Erf
iden Fällen. ein todtes Kind.
waren nicht gebrochen, am
ne mehrere Centimeter lange
, endlich in der oberen Baue
randes eine handtellergroße
digungen nicht vorhanden. I
angegebenen Symptome gestal
eren. Ich brachte die Krank
k, unterdess besorgte schn
lesets verlangten Operation
ür das Kind, da ich nirgend
geholt worden, um 3 Uhr 40
ın in üblicher Weise der Tod
Siegellackprobe auf vitale
ete ich mit einem Längsschnitt
Bauchwand. Es ergoss sich
Wunde, ich ging mit der Han
ch den Uterus vor — er war se
ihtete die Hand nach oben. H
hen Steiß und holte ein todtes
bis zur Hälfte eingerissener P
äumung von Eihäuten, in die
o dass der Schädel hinten na
nie hin. Jener kugelige pr
hatte, war also nicht der G
n.

Die Lösung der Placenta, die ja doch gewiss nicht in diesem Augenblicke erfolgt war, sondern aller Wahrscheinlichkeit nach sofort nach dem Sturz, also gleichzeitig mit der Ruptur des Uterus, ergab ja das vollstreckte Todesurtheil des Kindes, dennoch führte ich die gesetzlich vorgeschriebenen Wiederbelebungsmaßregeln aus. Während der Kollege B. abnabelte, wischte ich den Schlund aus, machte dann Schultze'sche Schwingungen, wobei dem Kinde etwa 2 Theelöffel Flüssigkeit aus dem Munde flossen, Credé'sche Kompressionen des Thorax, Aussaugen der Trachea, direkte Lufteinblasung von Mund zu Mund und heiße Bäder mit kalten Übergießungen. Natürlich vergeblich, das Kind war todt. Die spätere Sektion ergab einen dreifachen Strahlenbruch des rechten Scheitelbeins ohne Blutung in das Schädelinnere, starke Blutdurchtränkung am Schädel rechts. Der Tod des Kindes fand eine dreifache Erklärung: vorzeitige Placentarlösung mit Ausstoßung in die flüssigkeitserfüllte Bauchhöhle. Beim ersten Athemzug, der voraussetzlich stattfand, Aspiration von Flüssigkeit (ich erinnere an das oben erwähnte Ausfließen von etwa 2 Theelöffel Flüssigkeit aus dem Schlunde bei vertikaler Suspension an den Füßen) — Schädelbruch — das Kind ist im Mutterleibe erstickt durch Ertrinken.

Interessant war dabei noch Zweierlei: 1) dass bei der Sektion trotz direkter Insufflation ohne Ribemont's Trachealkanüle doch die kindliche Lunge auf dem Wasser schwamm; 2) der auffallende Umstand, dass die Leiche eine vollständige tetanusartige Starre aufwies, so dass nur mit gewisser Mühe die Glieder sich gerade strecken ließen. Endlich, dass sowohl die oberen als die unteren Extremitäten alle Glieder in flektirter Stellung aufwiesen. Bei dem ersten gleichsam krampfartigen Inspirationsversuche erfolgte jene starke Flexion der Gliedmaßen, ähnlich wie bei den papiernen Ziehpuppen des Weihnachtsmarktes. Das Kind schien beinahe ausgetragen, männlichen Geschlechts. In Anbetracht 1) des Kindes (Kopf hinten oben, Steiß tiefer gelegen vorn), 2) der Kontusion des mütterlichen Bauches rechts oben und 3) des rechtsseitigen Schädelbruches des Kindes, sehe ich mich zu der Annahme gezwungen, dass das Kind sich zur Zeit des Sturzes in Steißlage befand, dass die Kontusion der mütterlichen Bauchwand, des kindlichen Schädels, und der zwischen beiden liegenden Uteruswand so wie der Riss der gleichfalls dort gelegenen Placenta gleichzeitig entstanden sind beim Aufschlagen der Selbstmörderin auf das Steinpflaster. Gleichfalls weist darauf die starke Blutunterlaufung des Omentum majus rechts oben an der entsprechenden Stelle hin. So viel vom Kinde, doch nun zum Leichnam der Mutter. In der Bauchhöhle fand sich zunächst außer dem Kinde sammt Nabelschnur und Placenta das Fruchtwasser und viel Blut mit nur wenigen Gerinnseln, 2) starke Blutunterlaufung des Netzes, 3) eine Blutdurchtränkung von Handtellerbreite in der ganzen Breite und Dicke der Bauchwand rechts seitlich oben, ohne Fraktur der nächstgelegenen Rippen und 4) eine dreifache Ruptur des Uterus. Ferner fand sich ein starker Bluterguss jederseits im breiten Mutterbande (Haematoma ligamenti lati), eine Blutunterlaufung des Peritoneum parietale über der Symphyse so wie des Cavum praevesicale Retzii, so wie auch an der hinteren Beckenwand an den Articulationes sacroiliacae. Ein penetrirender Längsriss durchsetzte die ganze vordere Wand des Uteruskörpers nach unten zu bis gegen den inneren Muttermund hin, nach oben erstreckte sich dieser Riss bis auf das obere Drittel der hinteren Uterinwand. Der Riss lag ziemlich in der Mittellinie, seine Ränder waren nach außen gleichsam aufgekrämpt durch die überwiegende Kontraktion der tieferen Muskelschichten. (Scheinbare Retraktion der Serosa.) Eben so war die hintere Uterinwand, ähnlich wie in dem berühmt gewordenen Falle von Slawjanski, nach vorn gleichsam umgestülpt, so dass sich die nach vorn konvexe hintere Uterinwand in den Riss der vorderen gleichsam hineinstülpte. Die Dicke der Uterinwand erschien am Fundus nicht mehr als $1^1/_2$ cm, die Gefäßlumina klafften weit und ergoss sich beim Druck fast kein Blut aus ihnen. Die Außenfläche des Uterus war auffallend blass. Die Färbung der Höhlenwand war eine zweifache. Die Eihäute waren nämlich mit Ausnahme des oben erwähnten mit der Placenta herausgetriebenen einige Centimeter breiten Saumes an der Uterinwand haften geblieben und zwar so fest, dass ich sie nur mit einem

gewissen Kraftaufwande lösen konnte. Im ganzen unteren Eipole war der Eihautsack intakt geblieben, der fingerweite Cervicalkanal war mit Schleimflocken erfüllt ohne jede Blutbeimischung. Der innere Muttermund verrieth sich noch als markirt vorspringender Saum der Schleimhaut. Während die von Eihäuten entblößte obere Hälfte der Uterinschleimhaut dunkelroth und rauh erschien, fiel die untere durch eine wesentliche hellere hellrosa Strichfarbe und Glätte auf. Die Ränder dieses Corpusrisses waren eben und scharf, nur an einer einzigen Stelle gegen den Fundus hin etwas zackig eingerissen. Die Serosa, etwa 2—3 mm dick, markirte ihre Grenze deutlich durch den grellen Farbenunterschied. Außer diesem penetrirenden Längsriss fanden sich noch 2 inkomplette Risse und zwar ein vorderer querer Collumriss von etwa 3 cm Länge, parallel dem oberen Symphysenrande mit starker Blutunterlaufung und theilweiser Abhebung der Serosa. Dieser Riss war nicht penetrirend, sondern nur oberflächlich. Endlich fand sich ein dritter gleichfalls nicht penetrirender oberflächlicher Riss von etwa 10—11 cm Länge linkerseits mit schrägem Verlauf von außen oben nach unten hin innen. Lateralwärts war hier das Peritoneum mit Bildung einer bluterfüllten Tasche weithin abgehoben, wie die Sonde ergab. Die Entstehungsursache der penetrirenden Ruptur sehe ich einfach in dem Trauma, die Ruptur begann mit Zermalmung der Uterinwand an derjenigen Stelle, welche zwischen dem Schädel des Kindes und der blutunterlaufenen Stelle der Bauchwand lag, und riss weiter ein, einfach in Folge des Austretens des kindlichen Körpers. Der Entstehungsmechanismus jener schrägen oberflächlichen Ruptur ist mir nicht klar geworden, der quere Riss als Folge einer Symphysenfraktur mit Prominiren der Fragmente gegen den Uterushals hin. Dieser quere Riss entspricht ungefähr der Gegend des inneren Muttermundes. Am linken Eierstock fand ich das der Schwangerschaft zugehörige Corpus luteum. Wie schon gesagt, war nicht die Placenta von den Eihäuten abgerissen, sondern die Eihäute selbst waren in dem Umkreise von 2—3 cm um die Placenta herum abgerissen. Die Placenta hatte an der vorderen Uterinwand gesessen und war durch das Aufschlagen des Uterus gegen das Steinpflaster perforirt, eingerissen. Bei Besichtigung der Bauchhöhle während des Herauspräparirens des Uterus fand sich außer dem Bluterguss hinten und über der Symphyse im Zellgewebe noch ein starker Bluterguss am Kreuzbein, an den Articulationes sacroiliacae und um das mittlere Drittel des Mastdarmes herum ohne Zerreißung jedoch des Peritoneum der Douglas'schen Tasche. Endlich fand sich ein doppelter vertikaler Beckenringbruch, komplicirt durch Distorsion beider Articulationes sacroiliacae und Abreißen des Schambeinknorpels vom rechten Schambein. Der erste Vertikalbruch durchsetzt links vorn das Schambein (seinen absteigenden Ast, dicht am Foramen obturatorium), der korrespondirende hintere Bruch durchsetzte die ersten beiden Kreuzwirbel, d. h. den rechten Kreuzbeinflügel, indem die Risslinie durch die beiden obersten Foramina sacralia anterioria bis in das Foramen ischiadicum majus sich erstreckte. Beide Hüftkreuzbeingelenke waren vorn gesprengt, rechterseits dicht am Gelenk ein Splitterbruch des rechten Kreuzbeinflügels mit Einkeilung der Fragmente, aber zu einer Luxation in diesen Gelenken ist es nicht gekommen. Die hinteren Bandmassen hielten stramm fest, die Gelenke waren vorn gesprengt und das gesammte Bändergewebe der Nachbarschaft blutdurchtränkt, jedoch ohne Zerreißung des Beckenbauchfells an den vorderen Gelenkfurchen. Außer diesen korrespondirenden Brüchen des Beckenringes fand sich, wie schon erwähnt, der Schambeinknorpel rechterseits vom Knochen abgerissen und sammt dem abgebrochenen Knochenfragment des linken Schambeins etwa 1 cm weit nach innen dislocirt. In der Harnblase merkwürdigerweise kein Blut; sie war stark zusammengezogen und enthielt nur wenig Harn. Im Mastdarm kein Blut vorhanden. Es ist sehr auffallend, dass die Harnblase trotz einer so starken Verletzung der Schamfuge doch nicht angerissen wurde.

Nachdem das Gericht sich von einer forensischen Nekropsie Angesichts der Zeugenaussagen losgesagt hatte, schnitt ich am 9. Januar Becken und unteren Theil der Wirbelsäule heraus und fand das, was ich seit 10 Jahren gesucht habe, einen frischen Bruch im Bogen des letzten Lendenwirbels in seiner Interarticulation rechterseits. Nachdem ich zunächst das Becken nach Auslösung der

Schenkelköpfe und Durchtrennung der Wirbelsäule höher oben ausgeschält hatte, fiel mir die große Beweglichkeit sowohl aller 3 Beckengelenke als besonders der Lendensäule am Kreuzbein auf und das veranlasste mich zu einer genauen Untersuchung, die Folgendes ergab: Wir hatten vor uns ein Becken mit 6 Lendenwirbeln, deren letzter rechterseits also einseitig sacral assimilirt war, indem sein Querfortsatz sacralen Charakter angenommen und mit den Kreuzbeinflügeln unter Bildung eines Foramen sacrale dextrum und Canalis intervertebralis lumbus sacralis verschmolzen war (Gegenbaur's lumbosacraler Übergangswirbel). In Folge dieser angeborenen Anomalie war das Becken leicht schräg verrenkt, asymmetrisch und die physiologische Beweglichkeit zwischen letztem Lendenwirbel und Kreuzbein zu Lebzeiten aufgehoben.

Es setzt sich nun der erwähnte rechtsseitige hintere Vertikalbruch des Beckenringes in gleichmäßig fortlaufender Richtung von der Ala ossis sacri dextra nach oben fort auch durch die Lateralmasse dieses lumbosacralen Übergangswirbels. Außerdem finden sich noch 2 Brüche am letzten Lendenwirbelbogen rechts und zwar ein scharfkantiger Bruch seiner Interartikulation und der Bogenplatte hinten dicht am intakt erhaltenen Dornfortsatze. Also Bruch des rechten Lendenwirbels rechterseits: a) in der Bogenwurzel, b) Interartikularportion, c) Wurzel des Dornfortsatzes. Eine Dislokation der Fragmente liegt nicht vor. Trotz der Brüche ist die Dura des Wirbelkanals erhalten, nur blutunterlaufen. Das Periost ist vom Knochen theilweise abgelöst, aber nicht zerrissen an der hinteren Bogenhälfte. Die Cauda equina ist nicht verletzt, wohl aber die durch die Foramina intervertebralia rechterseits (durch die 3 obersten rechten Löcher) austretenden Nervenstämme gequetscht. Das Gelenk der lumbosacralen Fortsätze ist nicht eröffnet, trotz oder vielleicht gerade wegen der Frakturen, an denen sich die verletzende Kraft erschöpft hat. Die Gelenkkapsel ist nicht zerrissen, wohl aber fand sich nach Eröffnung derselben noch eine Fissur in mehr oder weniger vertikaler Richtung am unteren Gelenkfortsatz des nächst oberen Lendenwirbels, der bei der stattfindenden Überbeugung der Lendenwirbelsäule nach hinten gegen die Interartikularportion des nächst unteren Wirbels gepresst worden war und dessen freier Rand jene frakturirt hatte.

Wir haben also hier zweifellos einen frischen Bruch des letzten Lendenwirbels vor uns, speciell einen einseitigen Bruch der Interartikularportion seines Bogens, der noch unlängst von anderer Seite als ein Produkt erfinderischer Phantasie hingestellt worden war, obgleich Litteratur und anatomische Museen eine ganze Reihe solcher Beobachtungen aufzuweisen haben. Eine Dislokation liegt nicht vor.

Die hintere Sacralwand weist nur am ersten Kreuzbeinwirbel vollendete Verknöcherung auf. Entsprechend dem jugendlichen Alter der Marianne B. ist an den unteren Wirbeln der Verschluss der Wirbelbögen noch knorpelig. Der Mechanismus des doppelten Beckenringbruches rechts hinten und links vorn ergiebt sich klar aus dem Sturz auf die rechte Seite des Rumpfes; während der Beckenring in der Richtung des einen schrägen Durchmessers komprimirt wurde, brach derselbe am entgegengesetzten Ende des entgegengesetzten Durchmessers ein, also an den Stellen, wo sich treibende Kraft und Widerstand begegneten. Die komplicirenden Verletzungen erklären sich ebenfalls durch Contrecoup aus der kolossalen Vehemenz des Sturzes vom 3. Stock herab und der unebenen Fallfläche (höckeriges Steinpflaster mit Rinnstein). Was aber den Bogenbruch in der Artikularportion des rechten Lendenwirbels, speciell die Fissur des unteren Gelenkfortsatzes des nächst oberen Wirbels anbetrifft, so ist meines Erachtens die Läsion die nothwendige Folge der einseitigen Hyperflexion der Lendensäule nach hinten am Kreuzbein und war bedingt in der Prominenz des hochschwangeren Unterleibes beim Aufschlagen auf die Fläche des Steinpflasters. Die physiologische Lendenlordose wurde par force übertrieben und es musste der untere Rand des unteren Gelenkfortsatzes des vorletzten Lendenwirbels die Interartikularportion des letzten gleichsam durchschneidend sprengen. Diese Sprengung fand gerade hier statt und nicht höher oben in der Lendensäule. Weshalb? weil gerade hier das Moment der plötzlichen Bewegungshemmung zur Geltung kam, an der Stelle, wo der bewegliche der Wirbel-

ichen übergeht. Dieser Bruch musste um so eher statt- Lendenwirbel, wie schon gesagt, einerseits durch sacrale iologische Bewegung verloren hatte, d. h. seine Exkursions- den war. So erklärt sich zwanglos die Fissur am unteren st oberen Wirbels. Der Umstand, dass hier 6 Lendenwirbel handen sind, also die Anwesenheit des Lumbosacralwirbels, hier ätiologisch bezüglich der Genese der Fraktur der ne große Rolle. Es genüge heute auf jene Fälle hinsu- rbelschiebung (Spondylolisthesis), bezüglich auch nur eine is sive Spondoschisis interarticularis am vorletzten Lenden- sur Zeit 7 solcher Fälle von mir, je einer von Treub, schrieben; unter Anderen habe ich 1882 ein solches Präparat in der Charité verstorbenen Mannes im Berliner patho- nden, welches Prof. Virchow in der medicinischen Aus- sesses ausgestellt hat.) In vielen dieser Fälle handelt es sich Assimilation oder Synostose des letzten Lendenwirbels mit gerte resp. aufgehobene Beweglichkeit des ersteren. Eben so en der bekannten spondylolisthetischen Becken 6 Kreuz- rie am sogenannten spondylisematischen, gewissen spondyl- e abnorme Beweglichkeit der 3 Beckengelenke eine Kompen- r die aufgehobene Beweglichkeit im Lendenkreuzbeintheil , so wirft auch hier die mehr oder minder ausgedehnte sten Lendenwirbel und Kreuzbein, resp. Vorhandensein von ndylolisthetischen Becken, ein interessantes Licht auf die erworbenen Spondylolysis interarticularis mit nachfolgen- Meiner Ansicht nach giebt die Existenz eines mehr oder sten Lendenwirbels, des Lumbosacralwirbels, eine Prädis- der Interartikulation des nächst oberen Wirbels bei gewalt- elsäule nach hinten. Dieser Gesichtspunkt ist neu, aber ich Grund, weshalb ich heute Gelegenheit genommen, meine lesen Präparat vorzulegen, ist der, dass mir daran lag den thatsächlich Brüche der Interartikularportion und sogar auch denbogenwirbel vorkommen können. Theoretisch überzeugt uf Grund der Theorie der Mechanik der Wirbelsäule sowohl n Ätiologie so mancher Fälle von Spondylolisthesis habe m frischen Präparat eines solchen Bruches gefahndet. Das Electoralstraße hat mir geliefert, was ich suchte. Freilich eht um eine isolirte Bogenfraktur, also ohne begleitende r ich bin fest überzeugt, dass es mir mit Hilfe der Zeit esen gelingen wird, gelegentlich auch eine isolirte frische Stelle zu finden. Warum hat man sie bis jetzt noch nicht

d danach gesucht — die Herausnahme der Wirbelsäule bei merhin etwas Geduld und nicht Jedem reicht dazu die es auf der Hand, dass eine solche Verletzung ohne ungen wohl niemals tödlich sein wird.

liche Brüche am Bogen des letzten Lendenwirbels meist nur efund — bei Nekropsien oder zumeist in der Knochen- cerationsvorräthen, daher die große Menge gerade von 5. Lendenwirbeln mit interartikulärer Spondylolysis, über deren Entstehung durch Bruch, durch angeborenen Ossifikationsdefekt oder durch Usur seit 50 Jahren ein bisher unerledigter Streit geführt wird. Es kann eben sowohl Fraktur als Druckusur als auch kongenitaler Ossifikationseffekt eine solche Trennung im knöchernen Wirbelbogen an der angegebenen Stelle setzen, die Beweise sind dafür bereits durch anatomische Thatsachen gegeben, nur stellt sich das pathologisch-anatomische Bild je nach der verschiedenen Entstehungsursache verschieden dar, in dem wir bald nur eine bindegewebserfüllte Spalte am Knochen finden, bald eine knorpelige Vereinigung,

bald eine Art neues Gelenk — Diarthrose, wie Luschka das Bild in den von ihm beobachteten Fällen nannte —, bald ziemlich bedeutende Diastase der Bogentheile; bald sind die Ränder plattgedrückt zugeschärft, zackig, bald mehr uneben aufgetrieben, rauh, mit höckerigen Knöpfchen etc. in einander greifenden Zacken. An anderer Stelle habe ich eine große Reihe solcher Spondylolysen der Lendenwirbelbögen beschrieben, deren ich von 1880—1890 persönlich über 300 Fälle gesehen und aufgezeichnet habe und mehr als 20 besitze. Ich übergehe heute absichtlich speciellere Angaben; wenn von anderer Seite (Lambl) auf Grund der wenn auch fleißigen doch veralteten Untersuchungen Gurlt's an seinem damaligen Material (siehe: Lehre von den Knochenbrüchen) und der eigenen Untersuchungen Lambl's, das Vorkommen von Brüchen des letzten Lendenwirbels überhaupt und neuestens von isolirten Bogenbrüchen geleugnet wird, — weil es Lambl nicht gelang einen solchen Bruch an der Leiche experimentell zu erzeugen —, so halte ich dem entgegen zunächst eine stattliche Kasuistik aus der Litteratur und den anatomischen Museen so wie die vorliegende klinisch anatomische Beobachtung, ganz abgesehen von dem Umstande, dass neuerdings auch Hermann von Meier, Krukenberg, König, Strasser, Bennet, Tschaussoff und Andere für die theoretische Möglichkeit der frakturären Genese der Spondylolysis interarticularis eingetreten sind.

Howship: Pract. Observations im surgery. London 1816 p. 368 case 101, Bell: Froriep's Kupfertafeln 125, 5 und 6. — Albers: Atlas der pathologischen Anatomie 1. Abth. Taf. 32 Fig. 4 und Erläuterungen zu diesem Atlas p. 349. — Mayer, Virchow's Archiv, Bd. XVI, p. 65, Taf. 5 — Otto: Seltene Beobachtungen zur Anatomie und Physiologie etc. Pathologie. 2. Sammlung, Berlin 1824 p. 15 und: Lehrbuch der pathologischen Anatomie p. 200 Zusats 50 — Mayer: Rheinische Monatschrift für praktische Ärzte. 2. Jahrgang 1848 p. 181—184. — Middeldorpf: Knochenbrüche p. 60. — Blasius-Rhode: Über Fraktur, Kompression und Infraktion der Wirbelsäule, Diss. in Halle 1867, p. 51. — Leisrinck, Archiv für klinische Chirurgie p. 63, 1872. — Billroth, Archiv für klinische Chirurgie, Bd. X, p. 42 1/2. 69. — v. Thaden: Über Wirbelverletsungen. Spitalbericht: Archiv für klinische Chirurgie Bd. XVIII, p. 453, 1875. — Bieganski: Medecyna 1890, 22. Fernere Präparate dieser Art habe ich in der geburtshilflichen Klinik in Halle, im forensischen Institut des Prof. Hoffmanns in Wien, St. George und im Bartholomews Hospital in London gesehen.

Meine Überzeugung ist, dass eine große Anzahl von Fällen jener interartikulären Spalten und demnach die im Anschluss an die hierdurch gegebene Prädisposition zur Entwicklung gelangende Olisthesis direkt einer isolirten Bogenfraktur durch Hyperflexion des Stammes nach hinten bei Sturz auf das Gesäß oder Aufhebung schwerer Lasten ihre Entstehung verdanken. Kehren wir nun noch einmal zu der Nekropsie der Mar. B. zurück, so ist noch Folgendes zu erwähnen: die Nekropsie wurde von mir ausgeführt in Gegenwart der Kollegen Dr. Nenski, Bączkiewicz und Frankowski, das herausgenommene Wirbelbruchpräparat in Gegenwart des Docenten Przewóski untersucht.

Wir konstatirten am Schädel rechterseits mehrfach Brüche des Nasengerüstes, Oberkiefers, Jochbeins mit Depression und Einkeilung der Fragmente, Eröffnung der Highmorshöhle, 2 Fissuren, die durch die Orbita hindurch bis in die Ala magna ossis sphenoidei verliefen. Innerhalb der Schädelhöhle kein Bluterguss. Zähne im Oberkiefer theilweise gelockert, an den Weichtheilen des Schädels die erwähnten Läsionen, Quetschung, Blutdurchtränkung, 2 Risswunden am rechten Auge mit Bluterguss in die Orbita, Herz, Lunge, Nieren gesund, Milz (mit Nebenmils).

Extremitäten ganz mit Ausnahme der oberflächlichen Kontusionen an den oben genannten Stellen. Das frische Beckenpräparat sammt Weichtheilen habe ich zunächst in der Warschauer ärztlichen Gesellschaft demonstrirt. Werfen wir nun zum Schluss einen Blick auf das Geburtshilfliche dieser seltenen Beobachtung. Das Interessanteste an dem Befunde ist der absolute Mangel von Anzeichen der Ruptur des *Uterus* und ergiebt in so fern dieser Fall ein eklatantes Beispiel für die Richtigkeit der Erhebungen Leopold's in der Dresdener Gesellschaft für Geburtshilfe über die merkwürdige Symptomenlosigkeit mancher Fälle von Uterusruptur; es ist ein ebenfalls kolossaler Unterschied zwischen dem klinischen Bilde der Ruptur bei stehender Blase oder nach

ngerschaft oder der Geburt sehen wir erstens gewisse
ıme. Wir berücksichtigen die Anamnese besonders bei
ımliche Missverhältnisse zwischen Becken und Frucht,
d, Stellung und Lage des vorliegenden Kindstheiles,
ı bereits verstrichenen Zeit, Charakter der Wehen, even-
ıelben bei Collaps und Blutung nach außen, das charak-
ıliche Veränderung im Gesichtsausdruck, Puls, Athmung,
l Meteorismus, Emphysem); endlich gelingt es bei dünnen
ise oder ganz ausgetretene Frucht mehr oder weniger
diese Fingerzeige zum Theil, zum Theil ließen sich die
e gleichseitige Körperverletzungen erklären. Weshalb
erkannt? 1) Erklärte sich die Anämie, der Collaps, die
Schädelbruch bei Sturz aus so kolossaler Höhe — vom
stattgehabten profusen Blutung nach außen, so dass ich
vermuthete. 2) Fand ich den Cervicalkanal unbeschädigt,
lutung durch Mastdarm, Blase oder Scheide. 3) Fehlten
ıichen der Ruptur: Isolirtes Tasten des nicht oder
pers in medianer Stellung oder seitliche Abweichung;
Bauchhöhle getreten, dass sie schräg in der oberen
›orgen lag bedeckt vom Netz, so dass nur der Steiß
ischen Schwertfortsatz und Nabel nahe der Mittellinie
e ich für den median gelegenen Uterusgrund genommen.
Bauches zwischen leerem kontrahirten Uterus und darüber
hdecken waren, abgesehen von dem vortrefflichen Er-
· fettreichen Unterhautzellgewebe, so gespannt wie bei
ıhalb von einer Palpation einer ausgetretenen Frucht
eben so wenig ballotirte die Frucht, die Perkussion

e Uterusruptur vermuthen? Höchstens durch die erhöhte
im ganzen Umfange des Unterleibes und nicht nur
per analogiam ähnlicher früher gesehener Fälle. Per
e Veranlassung eine innere Blutung vorauszusetzen,
rofuse Blutung aus Mund und Nase von der Zeit des
nft — 4 Stunden — die Verblutung und Agonie voll-

›densfälle anbetrifft, so haben wir keinen solchen ge-
ıe bekannt geworden.

lie Ruptur unerkannt blieb, war hauptsächlich die Er-
diese geborsten und das Fruchtwasser abgeflossen, so
ıl die Sache klar oder wenigstens ein Anhaltspunkt
geben. Solche Fälle von kompleter Ruptur mit völligem
lacenta bei im Cervicalkanal intakten Eihäuten habe ich
en also direkte Anhaltspunkte, 2) leitete die komplicirende
Leichter schon war es Angesichts der Anamnese eine
ı. Wir dürfen aber nicht vergessen, dass wir eine
ırfte ich sie durch eine eingehende Untersuchung quä-
. praktischen Nutzen erzielen? War diese Untersuchung
geboten, obgleich keine äußeren Anzeichen einer Beckenverletzung vorlagen?

Ein Umstand freilich blieb mir unerklärlich. Lag hier eine so schwere Verletzung, Schädelfraktur mit Bluterguss in die Schädelhöhle vor, wie sollte ich es mir erklären, dass die Kranke doch Zeichen von Bewusstsein gab und dass sie 2mal vom Bett aufsprang auf den Fußboden, wo sie zusammenbrach im Augenblicke als ich den Krankensaal betrat. Danach konnte ich eine Lähmung der Extremitäten ausschließen. War das ein Fingerzeig der Natur die Quelle des Collapses, der Anämie im schwangeren Unterleib bei intakten Decken zu suchen? Ja! ich habe diesen Fingerzeig der Natur nicht verstanden, weil es mir an Erfahrung in derartigen Fällen fehlte. Da ich also eine Uterusruptur nicht vermuthete, so konnte ich nichts Anderes thun,

als den Tod, der ja jeden Augenblick zu erwarten stand, abwarten, um dem Gesetz durch einen Kaiserschnitt an der Leiche zu genügen, trotzdem nirgends kindliche Herztöne von Anbeginn an zu entdecken waren. Das Bessere ist der Feind des Guten. Seit der Lex regia des Numa Pompilius galt es als Gesetz bei dem Tode einer Hochschwangeren durch sofortigen Kaiserschnitt einen Versuch zu machen, wenigstens das kindliche Leben zu retten. Das Gesetz verbot andererseits an der Sterbenden zum Messer zu greifen. Heute aber verwerfen viele Autoritäten direkt den Kaiserschnitt und verlangen die Operation unter Narkose an der Sterbenden. Fehling sagt (Geburtshilfliche Operationen. Handbuch der Geburtshilfe etc. herausgegeben von Müller Bd. III, p. 211): »Es ergiebt sich aus dem Obigen, dass der Kaiserschnitt post mortem, wie er jetzt geübt wird, nutzlos ist, beschämend für den Arzt, eine nutzlose Quälerei der Angehörigen der Verstorbenen. Der Arzt hat daher dahin zu streben, entweder, wenn ihm der Fall vorher bekannt, rechtzeitig die künstliche Frühgeburt einzuleiten oder in der Agone zum Kaiserschnitt zu greifen, so lange das Kind sicher lebt. Letzteres Verfahren ist entschieden das rationellere« und zwar verlangt Fehling die Narkose in der Agone, so lange noch nachweisbare Lebenszeichen der Schwangeren vorhanden sind.

Die Frage, ob sich die Anschauung Fehling's, von der ja auch Spiegelberg, Loewenhardt, Runge und Andere im Princip Anhänger sind, Bahn brechen wird oder nicht, ist eine noch offene und wird es wohl stets dem persönlichen Ermessen des Arztes überlassen bleiben, ob er in moribunda oder in mortua operiren wird. Dies gilt vornehmlich für die Fälle, wo der Tod unabhängig von der Gebärmutter, nicht direkt von der Schwangerschaft abhängt, in Folge anderer Krankheiten des Körpers, Blutvergiftung, Schussverletzung etc. zu erwarten steht.

Wie nun aber, wenn der Tod im Anzuge ist in Folge einer Ruptur der schwangeren Gebärmutter? Die glänzenden Erfolge Slavjanski's, Plenio's, Jawdynski's und Anderer mit Porroamputation oder mit Naht der Risswunde bei Ruptur vor dem Schwangerschaftsende so wie bei Rupturen sub partu geben Jedem die moralische Berechtigung operativ einzugreifen, um eventuell das Kind, eventuell auch die Mutter doch noch dem Tode abzuringen, der scheinbar nicht mehr zu vermeiden.

Hatte ich im gegebenen Falle Chancen bei angenommen sofort vorgenommener Laparotomie, das Kind oder die Mutter oder Beide zu retten? Das Kind sicher auch bei sofortigem Eingreifen nicht, die Mutter? vielleicht. Die Beckenverletzung an und für sich brauchte nicht absolut tödlich zu sein. Die Schädelverletzung eben so wenig; davon kann sich Jedermann in pathologisch-anatomischen Museen an zufällig so und so lange nach dem Trauma als Nebenbefund gewonnenen Präparaten von ausgeheilten Frakturen des Schädels und des Beckens der angegebenen Art überzeugen. Da das Schädelinnere unverletzt war, so war der Schädelbruch nicht asolut tödlich, die Gefahr des Beckenbruches liegt nicht in dem Bruche des Knochens sondern in der gleichzeitigen Verletzung der Weichtheile des Beckens, der Wirbelsäule, des Rückenmarks; letzteres kam hier auch wenig in Betracht, da es sich nur um die Cauda equina handelte. Das Alles konnte die Frau überleben, sie starb in Folge der nicht erkannten Uterusruptur und inneren Verblutung, wobei natürlich der Blutverlust durch die Schädel- und Beckenverletzung den Verblutungstod noch beschleunigen mussten. Konnte ich im vorliegenden Falle durch Kaiserschnitt in moribunda 4 Stunden nach dem Trauma retten? In dem Falle Slawianskij's waren 29 Stunden bis zur Operation vergangen, die Frau wurde gerettet. Allerdings war dem Blutverlust dort allem Anscheine nach durch die intraperitoneale Uterusinversion eine Grenze gesetzt worden. Der beste Beweis dafür ist ja der, dass an der Frau nach 29 Stunden noch operirt werden konnte. In meinem Falle war der letzte Athemzug dahin, 5 Stunden 40 Minuten nach stattgehabtem Trauma.

Slawianskij machte einen kleinen Explorativschnitt in die Bauchdecken zu diagnostischem Zweck, da er allen Grund hatte eine Ruptur mit Austritt in die Bauchhöhle zu vermuthen, aber seiner Sache nicht sicher war.

Bei konstatirter oder auch nur vermutheter Ruptur hätte ich ein Recht und eine Pflicht gehabt, wenn auch nach 4 Stunden erst hinzugerufen, sofort einzu-

greifen, so aber musste ich mich entschließen erst den Tod abzuwarten. Bezüglich der Entstehungsweise der Ruptur in unserem Falle möchte ich auf eine Bemerkung Veit's hinweisen (Verschiedene Schwangerschafts- und Geburtsstörungen: Müller's Handbuch der Geburtshilfe Bd. II, 1888. Kap. 9, p. 143), es heißt daselbst bezüglich der Verwundungen des Uterus in der Schwangerschaft: »Neben diesen blutigen Trauma (Messerschnitt, Pistolenschuss, Stierhörner) ist sehr viel zweifelhafter die Wirkung des Falles, kräftigen Schlages auf die vordere Bauchwand und noch fraglicher eine indirekte Einwirkung. Es kann zwar nicht angezweifelt werden, dass hierdurch eine schwere Schädigung der Schwangerschaft eintreten und je nach Intensität der Gewalt auch zur Ablösung der Placenta mit Bedrohung des mütterlichen und kindlichen Lebens führen kann.

Dass aber hierdurch eine Zerreißung des Uterus zu Stande kommen sollte, ohne dass gleichzeitig die Bauchdecken zerrissen wären ohne sonstige Vorbedingungen halte ich für nicht erwiesen. Der Uterus ist in der Schwangerschaft nicht vergleichbar mit einem prall gespannten Sack, der ähnlich wie ein cystischer Tumor durch äußeren Druck zerplatzen könnte, sondern er ist im Allgemeinen weich, nur bei Eintreten der Kontraktion gespannt; ist Letzteres der Fall, so kann es eher zur Ruptur kommen.«

Es scheint durch unsere Beobachtungen direkt das Gegentheil erwiesen; ich glaube, hätte sich der Uterus während des Aufschlagens, im Zustande der Kontraktion befunden, so wären die Eihäute sicher gespannt gewesen und aller Wahrscheinlichkeit nach am unteren Eipole nach dem Cervicalkanal zu geplatzt. Da sie intakt blieben, so erscheint mir auch das Veit'sche Desideratum der Prädisposition für die Ruptur durch Kontraktionszustand überflüssig oder mindestens zweifelhaft. Die Schwangerschaft hatte ihr Ende noch nicht erreicht, die Ruptur ist doch jedenfalls sofort mit dem Aufschlagen des Unterleibes auf das Steinpflaster erfolgt. Somit braucht wohl der Uterus durchaus nicht im Zustande der Kontraktion zu sein um zu platzen. Ich glaube, der Riss des Fundus begann an der Stelle, die der handtellerbreiten Kontusion des Bauches der Mutter anlag und andererseits dem Kinderschädel, so dass diese Stelle der Uteruswand einfach durch Schlag von außen gegen den harten Kindeskopf durch Contrecoup zerriss. Dass die perforirende Längsruptur nicht ausging von dem prominirenden Fragment der gebrochenen vorderen Beckenwand, das beweist andererseits das Vorhandensein jener zweiten räumlich von der ersten getrennt liegenden oberflächlichen queren Ruptur. Interessant ist, dass die Kranke bei so schweren Verletzungen noch über 5 Stunden lebte, trotz allen Blutverlustes, dass sie, wenn auch nur flüchtig, das Bewusstsein wieder gewann, dass sie nach einem Sturz vom 3. Stock mit mehrfachem Beckenbruch noch im Stande war aus dem Bett aufzustehen. Unentschieden muss die Frage bleiben, ob ein sogenannter Shock durch den Sturz hier auch eine Rolle spielte oder nicht. Interessant ist bezüglich des Kindes neben der immerhin seltenen Schädelverletzung und dem Austritt und Einreißen der Nachgeburt besonders der Umstand, dass wir das Kind in einer tetanusartigen Starre antrafen, mit einer Stellung der Extremitäten, wie wir sie bei den ersten Athemzügen asphyktisch geborener Kinder beobachten.

Das Hauptinteresse aber der vorliegenden Beobachtung liegt einmal in der sicher konstatirten Fraktur des letzten Lendenwirbelbogens und noch mehr in dem überaus seltenen und interessanten klinischen Bilde der perforirenden Uterusruptur mit kompletem Austritt des Kindes bei am unteren Eipole intakten Eihäuten. Vielleicht kann diese Mittheilung in der Zukunft einem der Fachgenossen zu Hilfe kommen, um eine Uterusruptur in ähnlichen Verhältnissen rechtzeitig zu erkennen und eventuell 1 oder 2 Menschenleben zu retten.

»Hic est, ubi mors succurere gaudet vitae«
»Fors et haec olim meminisse juvabit!«

Williams (London) Referent. Vaginale Totalexstirpation.

W. will nur von Exstirpation bei Krebs sprechen. Während bei Carcinon des Corpus uteri die Indikation zur Operation durch die Größe des Uterus, durch seine Beweglichkeit oder Adhäsionen und schließlich durch die Ausbreitung der Erkrankung auf die Nachbarorgane bedingt wird, ist die Indikationsstellung bei Krebs des Cervix und der Vaginalportion von manchen pathologisch-klinischen Betrachtungen abhängig zu machen, von denen hier folgende hervorgehoben werden mögen. — Neben der Frage nach der Dauer, dem ursprünglichen Sitz, der Wachsthumsrichtung und Schnelligkeit der Erkrankung, muss vor Allem untersucht werden, ob und in welcher Weise der Übergriff auf das Corpus uteri geschieht, ob kontinuirlich oder durch die circumcervicalen Gewebe. Dann ist wichtig zu wissen, in welcher Richtung sich nach supravaginaler Amputation des Cervix die Recidive fortbewegen. Sehr wichtig sind desswegen die Fälle, wo man mit dem Carcinoma corporis Carcinoma cervicis vereinigt antrifft. — Hier kommen drei Möglichkeiten in Betracht: a) kontinuirliche Fortsetzung; b) Metastasirung; c) zwei ursprüngliche Herde. — Die Wichtigkeit dieser pathologisch-anatomischen Fragen für die fragliche Operation liegt auf der Hand.

Korreferent Schauta (Prag). I. Die Hauptindikation der vaginalen Totalexstirpation ist und bleibt das Carcinoma uteri; doch wurden die Grenzen der Indikationsstellung im Laufe der letzten Jahre wesentlich verschoben. Wir müssen, um uns hierüber verständigen zu können, unterscheiden zwischen unterer und oberer Grenze der Indikationsstellung.

Die untere Grenze wurde und wird zum Theil noch heute in der Weise abgesteckt, wie es Schröder seiner Zeit gethan.

Nach Schröder genügt beim Cancroid der Portio die supravaginale Amputation des Cervix, nur bei den anderen Formen, dem Cervix- und Corpuscarcinom ist die Totalexstirpation angezeigt. Neuere Autoren wollen die untere Grenze noch mehr eingeschränkt wissen, indem sie nicht nur bei Krebs der Portio, sondern auch bei Krebs des Cervix keinen Vortheil der Totalexstirpation vor der supravaginalen Excision des Cervix finden können. Die Gründe, aus denen derartige Abgrenzungen der Indikationsstellung gemacht werden, sind wesentlich anatomische; sie beziehen sich auf die Art des Auftretens und des Weiterschreitens der Carcinome nach ihrer verschiedenen Lokalisation. Niemand wird den großen Werth verkennen, der in diesen anatomischen Studien liegt; und doch glaube ich, dass ja gerade durch die Totalexstirpation genug Thatsachen zu Tage gefördert worden sind, die beweisen, dass jene aus der anatomischen Verbreitungsweise der Carcinome, je nach ihrem verschiedenen Sitz hergeholten Argumente nicht immer stichhaltig sind.

Für die ersten Anfänge freilich scheinen alle diese Argumente

richtig zu sein, für vorgeschrittenere Fälle sind sie jedoch schon dadurch hinfällig, dass man in solchen die Unterscheidung in Portio-, Cervix- und infiltrirtes Carcinom überhaupt nicht mehr machen kann. Soll die hohe Cervixamputation bestimmt sein für diejenigen Fälle, in denen das Carcinom das innere Orificium nicht überschreitet, so muss man im Stande sein, auch klinisch die Thatsache festzustellen, dass im gegebenen Falle die Degeneration wirklich am inneren Orificium Halt gemacht hat. Nur mit dem Mikroskope können wir jedoch die Grenzen des Carcinoms sicher feststellen; der makroskopische Befund wird leider nur zu oft auch den erfahrensten Kliniker täuschen.

Aber selbst für die ersten Anfänge der Carcinome an der Portio und im Cervix sind die angeführten anatomischen Verbreitungsweisen nicht immer zutreffend. Gerade die Untersuchung vieler total exstirpirter Uteri hat erwiesen, dass bei scheinbar isolirter Erkrankung des Cervix schon in höheren Partien des Cervix oder des Corpus Krebsherde sich fanden. Den früheren Operateuren blieb diese Thatsache verborgen, da sie mit partiellen Excisionen sich begnügend, das Weiterwuchern der höher oben unbewusst zurückgelassenen Krebsknoten für Recidive halten konnten. Schon vor mehreren Jahren habe ich auf einige solche Fälle eigener und fremder Beobachtung und auf deren Beweiskraft für die Frage der Totalexstirpation hingewiesen. Das diesbezügliche Material hat nun, wie ich schon damals vorausgesehen, in den letzten Jahren eine recht ansehnliche Bereicherung erfahren, so dass ich heute schon 17 Fälle, darunter 3 meiner eigenen Beobachtung, der Art anführen kann, von denen seiner Zeit Fritsch sagte, dass ein einziger davon in der Frage, ob Totalexstirpation oder Partialamputation zu Gunsten der ersteren entscheiden würde.

Es fanden sich bei Krebs der Vaginalportion Krebsherde in den höher gelegenen Theilen des Uterus ohne Zusammenhang mit dem Krebsherd der Portio in 6 Fällen, bei Cervixcarcinom kamen derartige isolirt im Uteruskörper auftretende Krebsherde in 10 Fällen vor; auch bei primärem Corpuscarcinom schont der Krebs die Grenze des inneren Orificiums nicht immer und kommen auch hier Krebsknoten in den tieferen Partien des Cervix und der Portio vor, wie mir 2 Fälle meiner eigenen Beobachtung beweisen.

Endlich muss hervorgehoben werden, dass durch sorgfältige Untersuchungen exstirpirter Uteri der Nachweis geliefert wurde, dass eben so wie bei Myomen und bei Oophoritis auch bei Carcinom des Cervix die Uterusschleimhaut schwere Veränderungen erfährt in Form insterstitieller und glandulärer Endometritis. Auch die von mir exstirpirten Uteri wurden sämmtlich auf das Verhalten der Uterusschleimhaut untersucht und ergaben ebenfalls fast immer die genannten entzündlichen Veränderungen. Alle die angeführten Thatsachen sprechen laut dafür, in jedem Falle von diagnosticirtem Carcinom sofort die Totalexstirpation auszuführen und nicht durch Partialam-

putationen Zeit zu verlieren und dabei Leben und Gesundheit der Pat. aufs Spiel zu setzen. Ja ich möchte sagen: je weniger weit das Carcinom vorgeschritten ist, um so eher soll man die Totalexstirpation machen; denn das sind doch die Fälle, in denen man am sichersten auf dauernden Erfolg rechnen kann. Über die Methode der Operation vorgeschrittener Fälle könnte ich eher einen Streit zulassen; diese Fälle sind ja wohl durch die eine und durch die andere Operationsweise selten mehr radikal zu heilen.

II. Als die untere Grenze der Indikation der Totalexstirpation bei Carcinom ist also hinzustellen jeder Fall von Uteruscarcinom — gleichgültig ob Portio-, Cervix- oder Corpuscarcinom — sobald die Neubildung nur überhaupt diagnosticirbar erscheint.

III. Partialamputationen sind für voraussichtlich radikal operirbare Fälle überhaupt zu verwerfen.

Über diese Fragen herrscht wohl heute, wie mir scheint, unter der größten Mehrzahl der deutschen Operateure kein Zweifel mehr. Ganz anders steht es aus natürlichen Gründen mit der Abgrenzung der Indikationsstellung nach oben. Hier machen sich zwei extreme Richtungen geltend. Der einen zufolge soll bei jedem Carcinom, auch wenn man die Überzeugung hat, nicht mehr im Gesunden zu operiren, die Totalexstirpation gemacht werden, falls sie nur überhaupt ausführbar ist. Dagegen möchte ich Folgendes bemerken. Es widerspricht ja zunächst allen Grundsätzen der Chirurgie, dort noch zu operiren wo man nicht alles Kranke entfernen kann. Ob aber dabei, wie die Anhänger dieser extremen Richtung behaupten, das Leben wirklich verlängert wird, die Jauchung und Schmerzen geringer sind und ob der moralische Eindruck der Operation nicht auch auf andere Weise hervorgebracht werden kann, ist gewiss fraglich. Zunächst muss in solchen Fällen die Operation weit schwieriger sein; demgemäß wird auch die Mortalität steigen und wir werden in vielen Fällen das Leben abkürzen, in denen wir doch nie mehr dauernd helfen können. Übrigens lassen sich die Hauptsymptome solcher Carcinome, die Jauchung, die Blutungen und die Schmerzen durch Auslöffelung und Ätzung in Schranken halten. Ich wende zu diesem Zwecke nach der Auslöffelung seit Jahren Jodoform und Kohlenpulver zu gleichen Theilen an und habe bei dieser Art der Nachbehandlung der Krebshöhle eine wesentliche Verminderung der Jauchung, der Blutungen und der Schmerzen beobachtet. Ich glaube also nicht, dass die von Einigen empfohlene Ausdehnung der Indikation der Totalexstirpation auch auf jene Fälle, die zweifellos nicht mehr radikal operirbar sind, Verbreitung finden dürfte. Nichtsdestoweniger werden wir auch so noch oft genug im Kranken operiren, wo wir die Operation in dem guten Glauben oder in der Erwartung ausführen, sie könnte noch im Gesunden vollzogen werden.

Der früher genannten extremen Richtung, deren Anhänger in jedem Falle, in dem die Operation technisch noch ausführbar ist,

auch bei bewusst nicht mehr radikaler Operation diese doch noch befürworten, steht eine andere Richtung gegenüber, der zufolge die Operation nur dort noch erlaubt sein soll, wo jede Infiltration der Parametrien fehlt, und das Carcinom die Scheidengrenze nicht überschritten hat. Angesichts dieser Art der Absteckung der oberen Grenze für die Indikationsstellung müssen wir uns die Frage vorlegen, ob dieselbe nicht zu eng gezogen ist. Stellt wirklich jede Infiltration der Parametrien schon an sich eine Kontraindikation gegen die Ausführung der Totalexstirpation dar? Ich möchte diese Frage verneinen. Wie häufig finden wir nicht entzündliche Infiltration gerade bei solchen Frauen, die früher schwere Geburten, Infektionen durchgemacht und jetzt an Carcinom erkrankten. Ich glaube nicht, dass man die Hoffnung, solche Frauen zu retten, ohne Weiteres fallen lassen darf. Einige Fälle meiner eigenen Erfahrung sprechen entschieden dafür, einen Unterschied zwischen carcinomatöser und nicht carcinomatöser Infiltration der Parametrien zu machen. Die Unterscheidung, ob ein Infiltrationsstrang im Parametrium carcinomatöser oder entzündlicher Natur ist, ist rein Sache persönlicher Erfahrung. Die Infiltrationen des Parametriums sind in der Regel besser per rectum als per vaginam zu erkennen; in einzelnen Fällen hat mir auch die kombinirte Untersuchung vom Rectum und von der Blase aus vorzügliche Dienste geleistet. Tiefe Narkose ist bei diesen Untersuchungen nicht zu entbehren. Bei diesen Arten von Untersuchungen unterscheidet man durch ihre Dehnbarkeit und Elasticität die entzündlichen Infiltrationen von den starren carcinomatösen Infiltrationen. Auch haben entzündliche Infiltrate, wenn die Entzündung nicht etwa eine frischere ist, selten einen größeren Umfang, während wir bei Carcinom daumendicke und diffuse, das ganze Becken ausfüllende Infiltrate finden. Auch die vorgängige Auslöffelung des Carcinoms hat mich in vielen Fällen über die Begrenzung der Neubildung belehrt, da man bei vorgeschrittenen Fällen über die Grenzen des Cervix hinaus mit dem Löffel in carcinomatöses parametranes Gewebe fällt.

Mit der erwähnten Eigenschaft der Elastizität und Dehnbarkeit der Stränge hängt nun ein weiteres objektives Symptom der Operirbarkeit solcher Fälle zusammen, nämlich die Beweglichkeit des Uterus. Doch ist auch hier eine gewisse Einschränkung nothwendig. Beweglichkeit bis zu einem gewissen Grade kommt auch bei inoperablen Carcinomen dann vor, wenn die Infiltration nur eine Seite des Parametriums betrifft und der Uterus um diese eine Seite wie um einen Drehpunkt beweglich ist. Der Uterus kann ferner sehr große Beweglichkeit besitzen, wenn das Carcinom in großer Ausdehnung auf die Blase oder das Zellgewebe zwischen Blase und Cervix übergegriffen, ohne die Ligamenta lata zu berühren.

Sehen wir dem Gesagten zufolge, dass die Beweglichkeit allein noch keinen Beweis liefert, dass die Operation im Gesunden, also radikal ausführbar sein werde, so muss andererseits eine gewisse Ein-

schränkung Platz greifen für die Fälle, in denen der Uterus nicht oder wenig beweglich ist, diese verminderte oder aufgehobene Beweglichkeit aber nicht durch Übergreifen von Carcinom auf die Umgebung, sondern durch alle entzündliche Processe, z. B. adhäsive Perimetritis in Folge von Salpingitis oder Adnexentumoren, hervorgerufen ist. Sollen wir solche Frauen, da der Uterus fixirt ist, ihrem Schicksale überlassen? Ich glaube nicht. Nach dem, was wir über die Verbreitungswege der Carcinome des Cervix wissen, sind es in erster Linie die Parametrien, das Bindegewebe um die Arteria uterina, die von Kocks sogenannten Ligamenta cardinalia, welche bei Carcinom infiltrirt werden. Finden wir diese also frei und liegt die Ursache der Fixation höher oben, dann ist es wohl sehr wahrscheinlich, besonders wenn die Untersuchung Salpingitis ergiebt, dass es sich um rein entzündliche Vorgänge handelt, die uns durchaus nicht abhalten dürfen, den Uterus total zu exstirpiren. Handelt es sich dabei nur um Verwachsungen des Douglas, so sind dieselben meist von der Scheide aus lösbar; handelt es sich aber um Verwachsungen der Adnexa unter einander, mit Darm, Netz und Blase, so würde ich, wie ich das in einem meiner Fälle gethan, zunächst nach Laparotomie die Adhäsionen trennen, die Adnexa exstirpiren, den Uterus beweglich machen und dann die Operation per vaginam vollenden.

Will man sich über die obere Grenze der Indikationsstellung für die Totalexstirpation bei Carcinom Klarheit verschaffen, so muss man unterscheiden: Ausbreitung des Carcinoms in die Fläche und Fortschreiten nach der Tiefe. Nur die letztere Verbreitungsweise kann, wie wir sahen, die Operation kontraindiciren, die Ausbreitung in die Fläche jedoch nicht. Ich habe in einem meiner Fälle bei Totalexstirpation die ganze hintere Scheidenwand bis auf einen $1^1/_2$ cm breiten Rest, in einem anderen Falle die vordere und hintere Scheidenwand mitexstirpirt, so dass vorn nur ein $1^1/_2$ cm, hinten ein 3 cm breiter vaginaler Rest nächst dem Introitus zurückblieb. Übergreifen des Carcinoms auf Blase oder Rectum scheint mir an sich die Operation noch nicht zu kontraindiciren. Sind die Parametrien frei, so wird durch kombinirte Untersuchung von Blase und Scheide der Umfang der Ausbreitung des Carcinoms auf die Blase erkannt werden. Ob man dann noch operirt oder nicht, das wird von dem Verhalten der Ureteren zum Carcinom und von der Möglichkeit abhängen, den in der Blase zu setzenden Defekt wieder zu decken; allgemeine Regeln lassen sich hier schwer aufstellen:

Dem Gesagten zufolge ergiebt sich:

IV. Als obere Grenze der Indikation der vaginalen Totalexstirpation bei Carcinom ist anzusehen jener Grad von Ausbreitung in die Tiefe; bei dem die Operation zweifellos nicht mehr im Gesunden ausführbar wäre.

V. Ausbreitung in die Fläche, sowohl nach oben als nach unten.

selbst bis zum Introitus, kontraindicirt die Operation nicht; eben so wenig das Ergriffensein von Blase oder Mastdarm an und für sich, sondern nur der Grad der Ausbreitung auf die genannten Nachbarorgane.

VI. Zur Stellung der Diagnose, ob eine Infiltration des Parametrium carcinomatöser oder entzündlicher Natur ist, ist die Untersuchung in Narkose per rectum und die diagnostische Auskratzung von großem Werthe.

Außer bei Carcinom des Uterus wurde die Totalexstirpation auch bei verschiedenen anderen Anomalien ausgeführt. Ich kann mich hier nicht auf die Erörterung aller dieser Indikationen einlassen, die mitunter mehr den Charakter der gelegentlichen Improvisation, als den der feststehenden Indikation tragen, sondern will mich auf die Besprechung derjenigen Fälle beschränken, welche unter gewissen Umständen als feststehende Indikationen angesehen werden können.

VII. Als solche Indikationen sind unter gewissen Umständen anzusehen: Prolaps, Myom und die recidivirende glanduläre Endometritis.

Ich selbst habe wegen Prolaps im Ganzen nur 6mal operirt. Wenn man diese wenigen Fälle in Vergleich zieht mit der großen Häufigkeit des Prolapses, so sieht man ohne Weiteres, dass die Indikation sehr vorsichtig gestellt wurde und dies ist gewiss auch für die Zukunft nothwendig. Die Totalexstirpation stellt ein für die gewöhnlichen Fälle von Prolaps allzu radikales und trotz der von Jahr zu Jahr sinkenden Mortalität doch noch immer zu gefährliches Verfahren dar. Für die Totalexstirpation bei Prolaps sind folgende Indikationen aufgestellt worden: 1) Wiederholte anderweitige fruchtlose Heilversuche. 2) Hochgradige senile Atrophie des Beckenbodens. Diesen Indikationen möchte ich noch folgende anreihen: 3) Irreponible Prolapse wegen Verwachsungen im Becken. 4) Komplikation des Prolapses mit Myomen des Uterus. Allerdings geben Myome ja an und für sich in gewissen Fällen die Indikation zur Totalexstirpation ab. Doch wenn Myome weder durch Größe noch durch Schmerzen oder Blutungen stören, werden sie wohl nie die Indikation zu einem operativen Eingriff abgeben; in Kombination mit Prolaps können sie jedoch durch die Größe und Schwere des Uterus andere Operationen illusorisch machen und die dauernde Reposition hindern; dann halte ich die Totalexstirpation für angezeigt.

Wenn Myome ohne Kombination mit Prolaps durch Schmerzen, Blutungen die Indikation zur Operation geben, so ist wohl unter Umständen auch der vaginale Weg ins Auge zu fassen; doch dürfen die Myome nicht zu groß sein. Ich selbst habe bis jetzt bei Myom erst 4mal vaginal operirt. Den Erfahrungen zufolge, die ich in diesen Fällen gemacht, halte ich die Entwicklung des Uteruskörpers bis zu Faustgröße bei Myom für die obere Grenze der reinen vagi-

nalen Totalexstirpation. Es ist Ihnen bekannt, dass allerdings auch bei noch größeren Tumoren rein vaginal operirt wurde; doch musste man, um den Tumor extrahiren zu können, von der Vagina aus Myome ausschälen und so den Uterus verkleinern. Ich glaube nicht, dass solche Fälle für die vaginale Totalexstirpation sich eignen.

Will man auf diese Weise operiren, dann müsste eine Voroperation zur Verkleinerung des Uterus und zwar Laparotomie behufs Ausschälung der Myome, so weit sie zugänglich, unter dem Schutze des elastischen Schlauches vorausgeschickt, dann nach genügender Verkleinerung des Uterus bei Liegenlassen des Schlauches die Operation per vaginam vollendet werden. Ich glaube, dass auf diesem Wege die noch immer offene Frage der Stielbehandlung kleiner Myome recht einfach gelöst werden könnte.

Unter den Indikationen der Totalexstirpation verdient ferner die Endometritis, besonders die glanduläre, volle Beachtung. Viele Thatsachen sprechen dafür, dass die glanduläre Endometritis in vielen Fällen wohl eine gutartige Bildung ist, in anderen Fällen aber durch Neigung zu raschen Recidiven, zu Blutungen und endlich zur malignen Degeneration ihren gutartigen Charakter verliert. Ich habe eine Reihe von Fällen beobachtet, in denen eine anatomisch Anfangs gutartige interstitielle Endometritis kurze Zeit nach der ausgeführten Auskratzung der Uterusschleimhaut recidivirte und wo die nunmehr ausgekratzten Schleimhautstücke einen ganz veränderten Charakter zeigten, indem allmählicher Übergang zur glandulären Endometritis, später zum Adenom und schließlich zum Carcinom beobachtet wurde. Nach diesen Erfahrungen scheint mir die glanduläre Endometritis die vollste Beachtung zu verdienen und ich glaube, dass sie berufen sein wird, einen Platz in der Indikationsreihe der Totalexstirpation einzunehmen. Ich will damit nicht sagen, man solle bei jeder glandulären Endometritis sofort die Totalexstirpation ausführen; wenn aber nach gründlicher Auslöffelung nach kurzer Zeit, also etwa innerhalb Jahresfrist zu wiederholten Malen dieselben Symptome auftreten und die Untersuchung neue Wucherung ergiebt, würde ich nicht anstehen, auf die Totalexstirpation anzutragen.

Die Kontraindikationen sind zum Theil schon bei der Besprechung der Indikationen genannt worden; hier möge noch der Weite der Vagina und des Beckens als kontraindicirender Momente gedacht werden. Eine enge, senil atrophische oder narbig stenosirte Vagina kann die vaginale Totalexstirpation sehr erschweren, aber doch nicht kontraindiciren. Ausgiebige Spaltung des Scheidenrohres in seiner ganzen Länge und zwar am besten nach den beiden Seiten hin, da in der Medianebene die Tiefe des Schnittes zu bald ihre natürliche Begrenzung findet, wird wohl immer genügenden Raum geben. So weit ich die Litteratur kenne, scheint mir des Einflusses, den ein enges Becken für die Totalexstirpation haben kann, noch nicht gedacht zu sein. Ich meine hier die Fälle, in denen eine absolute Beckenverengerung den Uterus über dem Beckeneingange hochhält

und ihn nicht eintreten lässt, andererseits der Hand und
menten den Zutritt durch den Engpass zu dem hochlieger
verwehrt. Einen derartigen Fall sah ich kürzlich bei
verengtem osteomalacischem Becken. Dem Gesagten zu
also, abgesehen von dem Grade des Ergriffenseins des
gewebes bei Carcinom eine absolute Kontraindikation in je
von absoluter Beckenverengerung eintreten, in denen
wegen der Enge des Beckens weder herabziehbar noch
unten erreichbar ist.

Gehen wir nun zu unseren eigenen Resultaten über
wir unter 65 Operationsfällen 5 Todesfälle zu beklagen.
eine Mortalität von 7,6 %. Die ersten Fälle fallen all
eine Zeit, wo ich mich leider durch die allgemeine Unsic
Methodik zum Experimentiren hinreißen ließ. Übrigens f
alle Todesfälle der Operation selbst zur Last. Ich glaube,
heute hoch entwickelten Technik die Mortalität auf dasjeni
herabgedrückt werden wird, welches wir heute bei einfach
tomien als gesichert betrachten können. Ich will mir hi
Andeutung erlauben, dass diejenige Methode, welche mir
besten Resultate ergeben hat, die der vollkommen extrap
Lagerung und Fixirung sämmtlicher Stümpfe bei voll
Verschlusse des supravaginalen Wundraumes und der
höhle gewesen ist, an der ich auch fortan festhalten wer

Nicht so sicher wie die Augenblicksresultate könne
greiflichen Gründen die Dauerresultate der Operation sein
hier vorweg betont werden, dass die bis jetzt vorliegend
so groß sie auch scheinen, für die Beurtheilung des Da
der Totalexstirpation bei Carcinom noch viel zu klein si
die Zeit, seit welcher wir die Totalexstirpation ausführen, i
viel zu kurz; sie umfasst ja nicht mehr als ein Jahrz
meiner Statistik geht hervor, dass wenn man dem allgem
brauche zufolge einen Carcinomfall dann als geheilt ans
zwei Jahre seit der Operation ohne Recidiv verflossen sind,
meinen Operirten 47,3 % definitive Heilungen aufwei
Doch bin ich nicht so sanguinisch anzunehmen, dass alle
auch wirklich geheilt bleiben werden. Sind diese Resu
keine glänzenden, so sind sie doch auch nicht unbefried
ist uns doch gelungen, eine gewisse Zahl von Frauen
Wenn wir auch nicht behaupten wollen, dass diese Heilu
nitive sind, so steht doch so viel zweifellos fest, dass w
Operirten mit wenigen Ausnahmen Monate, selbst Jahr
Bewusstsein der wiedererlangten Gesundheit, Arbeits- un
fähigkeit geschenkt haben. Und wenn sich auch in Zuku
stellen sollte, dass alle wegen Carcinom Operirten später
rückfällig werden, so müssten die bisherigen Resultate
rären Lebenserhaltung allein schon der Totalexstirpation i
in der gynäkologischen Therapie für alle Zeiten sichern.

Korreferent Pozzi (Paris): Der Nachweis einer carcinomatösen Erkrankung der Portio allein, ist schon eine zwingende Indikation für die Entfernung des ganzen Organs und zwar thut die Eile noth. Dieser radikalere Eingriff ist heut zu Tage nicht wesentlich gefährlicher als eine hohe Amputatio colli, bietet dagegen viel mehr Sicherheit. Nur in den Fällen, wo die Grenzen des Uterus überschritten sind und die Recidive also sehr wahrscheinlich, verzichte man auf Radikaloperation und kratze aus oder kauterisire. Hinsichtlich der Technik verwirft P. das Umkippen des zu exstirpirenden Uterus, aus Furcht, die Wunde zu inficiren. Mit aller Energie wendet er sich gegen das Verfahren der Forcipressur, welches er nur für extreme Fälle gelten lässt; während die allmähliche einzelne Unterbindung kleiner Massen große Vorzüge hat, bringt die Forcipressur die Gefahren der Blasen-, Ureteren- und Rectumverletzung, Darmulceration und Occlusion, der Nachblutung und der Mortifikation der Gewebe und verengt überdies das schon enge Operationsfeld. Der Vorschlag von Pawlik und Richelot, Theile des periuterinen Gewebes zu excidiren und die Vagina zu reseciren, verhütet die Recidive nicht, falls diese Theile schon ergriffen sind.

Korreferent Olshausen (Berlin). 1) Die vaginale Totalexstirpation des Uterus ist bei Carcinom des Organs und in einzelnen Fällen anderer Krankheiten eine oft segensreiche Operation, die nicht wieder aus der Reihe der gynäkologischen Operationen verschwinden darf.

2) Sie ist zur Zeit, wegen der oft spät gestellten Diagnose auf Carcinom, erst in der großen Minderzahl der Fälle von Carcinoma uteri anwendbar.

3) Die primären Resultate müssen verschieden sein nach der Ausdehnung, welche man den Gegenanzeigen der Operation giebt. Doch lässt sich selbst bei weitgehender Indikationsstellung die Mortalität auf 10—15 % herabdrücken.

4) Die definitiven Resultate, d. h. die dauernden Heilungen, sind natürlich ungleich ungünstiger; doch wird sich durch zeitigere Diagnose und Operation ein besserer Erfolg, als bisher erzielen lassen.

5) Die nicht radikal Geheilten haben nach der Operation im Allgemeinen weit geringere Beschwerden, als nicht Operirte, was sich aus dem Fehlen der Blutungen und der Absonderungen erklärt. Ausnahmen hiervon kommen vor.

6) Das Recidiv tritt selten in der Vagina auf, gewöhnlich in den Parametrien oder in Organen der Unterleibshöhle.

7) Was die Ausführung der Operation betrifft, so ist für die große Mehrzahl die Fälle der Exstirpation durch die Vagina die beste Methode. Sie kann nicht durch die sacrale, parasacrale oder perineale Schnittführung ersetzt werden. Nur in einzelnen Fällen,

äter Verbreitung der Neubildung auf die Scheide,
le Schnitt (nach Zuckerkandl) vielleicht vorzu-

'echnik der vaginalen Exstirpation empfehlen sich

gängige Desinfektion des Carcinoms. Möglichst
ıng des Carcinoms in der Vagina. Schnelle stumpfe
ervix, mit möglichster Beschränkung von Gefäß-

:s Cavum Dougl. vor Anlegung der ersten Massen-
.g der Massenligaturen für das erste Ligamentum
ı Dougl. her.
:sten erkrankte Seite ist zuletzt abzubinden. Nach
.erus schließe man das Peritoneum und die Vagina
womöglich unter ausschließlicher Anwendung von
enkung der Stümpfe. Alsdann gestaltet sich die
.chsten und fast völlig prima intentione.
versuchte O. nicht, schon weil die durch die »Pinces«
nerzen unausstehlich sein sollen. — Bezüglich der
seine Zahlen mit, wonach von 40 von ihm Ope-
½ %) über 2 Jahre nach der Operation noch reci-
ährend die Resultate aus der entfernteren Zeit
ıiger günstig waren: von 56 Fällen 6 recidivfrei,
ırch zu weite Indikationsstellung bedingt war.

Sack (Langensteinbach).

.: **Landau** (Berlin). Die Fragestellung über die
innig] mit der Vervollkommnung der Technik zu-
:hgültig es ist, so fern man mit Naht und Unterbin-
y'schem Vorgange operirt, ob man die Modifikation
rtin u. A. anwendet, für so wichtig hält er es fest-
r in der von den Franzosen (Péan und Richelot)
sure ein Mittel besitzen, welches die Indikations-
:h beeinflusst und erweitert. In Deutschland hat
:einen Anklang gefunden und außer von L. ist von
ıusführliche Publikation erfolgt. Dafür aber sind von
, welche das Verfahren überhaupt nicht oder falsch
ı, Einwendungen theoretischer Art erfolgt, welche
zutreffen. So muss dem widersprochen werden, dass
ıeil gerade dieses Verfahrens gegenüber] dem al-
angeführt ist, dass man mit derselben nicht so
Ligamentum latum abklemmen kann als dort ab-
gekehrte ist der Fall. Schon durch eine leichte
es gelingt es, das Ligamentum latum so weit und
ls man mit Ligaturen nimmermehr vermag. Ge-
ınd erhöht die Leistungsfähigkeit der Methode und
ikationen. Einen beweglichen Uterus kann man,

wie man will, exstirpiren, einen unbeweglichen, der bereits durch entzündliche oder carcinomatöse Infiltrationen fixirt ist, nur so. Vortr. zeigt einen carcinomatösen Uterus vor, den er in $6^1/_2$ Minuten exstirpirt hat und bei dem von den anwesenden kundigen Kollegen wegen der Fixation und Infiltration der Ligamenta lata die Entfernung für unmöglich gehalten wurde. Die Kürze der Zeit ist kein Hauptvortheil der Methode, wiewohl es einleuchtend ist, dass ein großer Unterschied besteht, ob eine Kranke 1 Stunde oder 10 Minuten lang narkotisirt ist. Auch wird hierbei enorm viel Blut erspart. Die Operation soll nicht auf alle Fälle von sogenannten inoperablen Carcinomen ausgedehnt werden. Aber überall da, wo die technische Möglichkeit besteht, bis an die makroskopisch fühlbare Grenze des Erkrankten zu gehen, sollen wir und können wir operiren. Und das können wir nur mit der oben genannten Methode, wenn die Infiltration weiter vorgerückt ist, da wir die Klemmen jenseits des Erkrankten vorschieben können und das in den breiten Mäulen der Klemmen gefasste Gewebe nekrotisirt. L. hält es für vortheilhafter, die carcinomatösen und der Nekrose geweihten Massen durch Exstirpation des Uterus mit einem Schlage zu entfernen, als sie durch die anderen Mittel (Auskratzen, Ätzung und Brennen) der allmählichen Verjauchung zu überlassen. Er hat hier die Uterusexstirpation als ein symptomatisches Mittel angewendet und es ist ihm dieses Mittel hier chirurgischer erschienen als jene anderen.

Auch sind Carcinome, an deren radikale Heilbarkeit L. wegen der weiten Verbreitung nicht glaubte, $2^1/_2$ Jahr recidivfrei geblieben und vielleicht geheilt worden. Auch die Art der Heilung ist eine für die Operirten trotz der anfänglichen Schmerzen, welche übrigens bei Übung in der Methode durch zweckmäßigere Lagerung der Pinces immer geringere geworden sind, angenehmer als dort, weil man nichts mit der Entfernung von Ligaturen zu thun hat und man nach Abnahme der Pinces, welche im Bett geschieht, nichts mehr mit der Kranken zu thun hat. Von 35 mit der Forcipressur Operirten sind nur 3, 1 an Coma diabeticum, 1 an Sepsis und 1 an Ileus gestorben.

Temesváry (Budapest).

Sajajitzky (Moskau) theilt die Resultate der in Russland gewonnenen Erfahrungen über die fragliche Operation mit. Aus den ihm bekannt gewordenen 238 Fällen (darunter 65 eigenen) mit einer Mortalitätsziffer von 12,6 % (während die ersten Operationen wegen der schlechten Auswahl der Fälle eine Mortalität von 50 % ergaben) sieht er sich berechtigt, folgende Schlüsse zu ziehen: 1) Die Operation hat in Russland festen Fuß gefasst und ist, wie die Statistik beweist, relativ wenig gefährlich; 2) gegen die Infektion kann man mit Erfolg kämpfen; 3) Czerny-Schröder'sche Methode, modificirt von Fritsch, ist die beste; 4) man hüte sich die Ureteren zu unterbinden; 5) Drainage ist der Versenkung vorzuziehen; 6) Tampon bedingt häufig Fieber.

Martin (Berlin) bemerkt zur Diskussion, dass die Indikation

sich natürlicherweise auf maligne Neubildungen beschränken sollte. Im Ganzen sei es ziemlich gleichgültig, wie der Uterus herausgewälzt wird. Wenn die schrittweise Unterbindung mit Katgut ein vorzügliches Verfahren ist, so giebt es sicher Fälle, wo es eben mit Forcipressur leichter geht. Die früher von ihm befürwortete Drainage hat er weggelassen, kann aber auch Jodoformgaze wegen Intoxikationsgefahr nicht empfehlen. Was die Endresultate anbelangt, so ist für ihn eine Beobachtungszeit von 2 Jahren für die Recidivfreiheit nicht beweisend, da auch nach 3 Jahren Recidive (besonders in Ovarien) häufig sind.

Kaltenbach (Halle) vertheidigt sich gegen den Vorwurf, in den Indikationen zu weit gegangen zu sein. In seiner Stellung zur neuen Sacralmethode habe er eher das Gegentheil bewiesen. Wenn die Recidive auch leider zahlreich sind, so sind die Resultate doch besser als bei palliativer Behandlung, welche eben nur bei sehr alten Frauen angezeigt ist, wo das Wachsthum der Neubildung äußerst langsam vor sich geht. Er hat in 80 Fällen die Wunde total verschlossen und hielt doch die Infektion fern. Die Drainage habe nichts für sich, da nichts zu drainiren ist, nachdem der Douglas trocken gelegt und sterilisirt ist. Er ist sogar geneigt anzunehmen, dass die so große Differenz der Mortalität bei verschiedenen Operateuren eben durch das Offenlassen oder das Verschließen des Peritoneum bedingt wird. Was man von Darmverklebung und Ileus bei letzterer Methode spricht, kommt auch bei der ersteren vor. — Wenn seine Resultate dagegen nicht einwandsfrei sind, so liege es an seiner äußerst gewissenhaften Statistik und genauen Informationen über die entlassenen Kranken begründet.

Düvelius (Berlin) weist darauf hin, dass während vor 5 Jahren noch bei Portiocancroiden die partielle Operation stets gemacht wurde, jetzt die Totalexstirpation die allein rationelle Methode ist.

Nachdem in der Diskussion noch auf die Bedeutung der Oricialgeschwüre und die Wichtigkeit einer frühen sachgemäßen Therapie derselben, durch die mancher Krebs verhütet werden könnte, hingewiesen wird, ergreift

Czerny (Heidelberg) das Wort, um der besonderen Genugthuung Ausdruck zu geben, Angesichts des großen Fortschrittes, den diese Frage gemacht hat. Während man noch bei den letzten Kongressen der Operation nicht selten die Berechtigung absprach, ist man jetzt in der Hauptsache einig und diskutirt nur über ziemlich gleichgültige Details. — Was die sacrale Methode anlangt, so verfüge er vorerst nur über 3 Fälle, aus denen aber hervorgeht, dass bei dieser Methode die Parametrien viel besser freigelegt werden können. Jedenfalls wird diese Methode beim nächsten Kongress zur Diskussion kommen.

Fränkel theilt einen Fall aus seiner Praxis mit, wo nach einer einfachen galvanokaustischen Abtragung der carcinomatösen Portio

die noch relativ junge Frau jetzt noch 8 Jahre nach der Operation recidivfrei ist, räumt aber die größere Sicherheit der Totalexstirpation ein.

Das Schlusswort ergreift Péan (Paris) um sein Verfahren — und speciell das der Zerstückelung zu großer Tumoren bei vaginaler Exstirpation — eingehend zu beschreiben. Auf diese Art ist von ihm mancher »inoperabler« Fall operirt worden. — In schweren Reflexneurosen zieht er der Ovariotomie die Hysterektomie vor.

Sack (Langensteinbach).

B. Schultze (Jena). Bildliche Darstellung des gynäkologischen Tastbefundes.

S. empfiehlt die bildliche Darstellung des gynäkologischen Tastbefundes erstens zur Erleichterung und Beförderung der Instruktion des Anfängers im Untersuchungskurs. Der Anfänger lernt schneller richtig deuten, was sein Finger tastet, wenn ihm die Formen gleichzeitig im Bilde dargestellt werden. Zweitens zur Demonstration in der Klinik, damit auch die übrigen Hörer, welche nicht untersuchen, auf Grund genauer Kenntnis des Tastbefundes von dem sich anschließenden klinischen Vortrag mehr Vortheil haben. S. bedient sich für diese Zeichnungen hölzerner Wandtafeln, die das Becken in doppelter Größe von verschiedenen Richtungen gesehen schematisch darstellen.

Ferner empfiehlt er die Zeichnung des Tastbefundes für den Verkehr mit den Kollegen bei mündlicher oder schriftlicher Konsultation. Er giebt den konsultirenden Frauen die Zeichnung seines Tastbefundes für den behandelnden Arzt mit.

Für das eigene Journal ist ferner die Zeichnung des Tastbefundes von großem Werth; die Notiz ist schneller gemacht und ist genauer als eine bloß schriftliche. Sie erleichtert den Überblick und die Vergleichung, wenn die Pat. wiederholt konsultirt.

Ein besonderer Vortheil erwächst aus der bildlichen Aufzeichnung des Tastbefundes für den Untersuchenden dadurch, dass, wenn man sich die Aufgabe stellt, den Tastbefund bildlich darzustellen, man genauer untersucht. Der Vortragende sagt, dass er diesen Vortheil noch jetzt täglich an sich selber wahrnimmt. Man muss auch, um richtig zu zeichnen, manche Ausdehnung messen, die man nur zu schätzen gewohnt war, und was man nur schätzen kann, schätzt man nur nach Centimeter, um es richtig zu zeichnen, nicht nach Kopfgröße, Faustgröße oder Apfelgröße. Namentlich die üblichen Bezeichnungen der Größe der Tastobjekte nach Obst oder Geldstücken erklärt Redner für recht unzweckmäßig, weil ungenau.

Für die Zeichnung des Tastbefundes in das Journal bedient sich S. lithographischer Beckenschemata oder Gummistempel. Er empfiehlt namentlich die letzteren, mittels deren man das Bild an jeder Stelle

des Journals oder Briefes einschalten kann. Mehrere Firmen: Waldeck und Wagner in Prag, Härtel in Breslau, Stromann in München haben die Gummistempel, in genau $^1/_3$ natürlicher Größe nach S.'s Zeichnung ausgeführt, beim Kongress ausgestellt.

Der Vortragende erläutert die Art, wie er sein Beckenschema konstruiert hat an einer das Becken in fünffacher Größe im Profilschnitt darstellenden Tafel. Dasselbe ist gezeichnet nach den in den Lehrbüchern übereinstimmend für das weibliche Becken als normal bezeichneten Maßen mit Berücksichtigung der Messungen Hermann Meyer's; Promontoriumwinkel und Lendenwirbel nach S.'s eigenen Messungen an frischen weiblichen Leichen; die Umrisslinien der Weichtheile nach genauen Messungen an der lebenden Frau. S. empfiehlt seine möglichst normal gezeichneten Beckenschemata zu allgemeinem Gebrauch und übergiebt dieselben als allgemeines Eigenthum den Kollegen.

Temesváry (Budapest).

Winter (Berlin). Zur Behandlung des Aborts.

Die Therapie des Aborts hat in den letzten Jahren eine aktivere Richtung angenommen, weil der aseptischen und vollständigen Ausräumung des Abortiveies mit Sicherheit ein fieberloses Wochenbett mit ungestörter Rückbildung des Uterus zu folgen pflegt. Über die Schädlichkeit der Retention der Decidua vera ist man getrennter Ansicht. Brennecke, Heinricius, Dührssen behaupten, dass Nachblutungen mit gestörter Involution und Endometritis die Folge sind und verlangen die principielle Entfernung derselben; Schröder, Winckel, Olshausen halten aus anatomischen und klinischen Gründen eine Restitutio ad integrum für möglich. Die Frage harrt noch der Entscheidung. Um sie beantworten zu können, muss man wissen, ob die Frau vor dem Abort gesund war, welche Theile beim Abort ausgestoßen wurden und schließlich muss man das Befinden der Frauen mehrere Monate nach dem Abort kontrolliren.

In dieser Weise wurden unter Leitung von Winter 100 größtentheils von ihm behandelte Fälle von Puppe-Berlin anatomisch untersucht und das Befinden der Frauen beobachtet.

Diejenigen Fälle, bei denen die Decidua vera vollständig ausgestoßen war, machten ein normales Wochenbett durch. Der Lochialfluss dauerte ca. 8 Tage; die ersten Menses traten meist nach 4 Wochen ein, gewöhnlich etwas profuser; die weiteren Menses verliefen normal, ohne Schmerzen; eine Konception wurde unter 9 Fällen beobachtet.

Die zweite Gruppe umfasst diejenigen Fälle (15), wo die ganze Decidua vera entweder beim spontanen Verlauf im Uterus zurückblieb oder absichtlich zurückgelassen wurde. Der Finger musste nach Ausstoßung des Abortiveies sich davon überzeugen, dass die Decidua der Uteruswand noch ganz adhärire. Im Wochenbett gingen

keine Deciduafetzen ab; der Lochialfluss dauerte einmal 2 und einmal 3 Wochen, war sonst normal. Die erste Regel meist etwas profuser, die späteren von normaler Stärke, stets zur rechten Zeit eintretend; in 4 Fällen trat in den ersten Monaten schon wieder Konception ein.

Hieraus geht mit Sicherheit hervor, dass die Retention der Decidua vera bei einer sonst gesunden Frau keinerlei Störungen macht, sondern dass das Endometrium innerhalb kurzer Zeit seine Funktionsfähigkeit wieder erlangt.

Den Verhältnissen der Praxis entsprechen am meisten die Fälle, wo ein Theil der Decidua vera auf der Uteruswand zurückbleibt, ein Theil mit dem Ei fortgeht; die Behandlung bestand in diesen Fällen darin, nur die flottirenden Deciduafetzen zu lösen, die fest aufsitzende Vera dafür aber zurückzulassen. Die Recherchen, bei 30 Fällen angestellt, ergaben, dass der Lochialfluss meist 8 Tage dauerte, nicht zersetzt und nicht mit Deciduafetzen vermischt war; die Menge war gering. Die Menstruation kehrte meist nach 4 Wochen wieder, war zuerst profus, später von normaler Stärke und regelmäßiger Wiederkehr; in 12 Fällen war in den ersten Monaten schon Gravidität eingetreten.

In 38% der Fälle von totaler und partieller Veraretention war Gravidität eingetreten, während nach völliger Entfernung der Vera nur 6,29% Frauen gravidae geworden waren.

Danach muss man anerkennen, dass Retention der Vera bei vorher gesunden Frauen auf den Verlauf des Wochenbettes keinen ungünstigen Einfluss übt, sondern dass das Endometrium zur normalen Funktionsfähigkeit bald zurückkehrt.

Trotzdem ist es bekannt, dass zuweilen nach Aborten Blutungen und Endometritis sich entwickeln. W. glaubte zunächst, dass der Abort mit lokaler Zersetzung der Eitheile die Ursache sein könne; aber genaue Recherchen haben ergeben, dass auch hiernach ein normales Wochenbett eintritt und keine Nachkrankheiten die Folge zu sein pflegen; W. untersuchte desshalb 20 Fälle, welche wegen Blutungen nach Abort in die Sprechstunde kamen, genauer und fand, dass in allen Fällen der Abort spontan verlaufen war und dass die Mehrzahl dem 2. Monat angehörte; die mikroskopische Untersuchung ergab, dass in 5 Fällen Chorionzotten, in den anderen Fällen Decidua in größeren Mengen retinirt war in den verschiedenen Stadien der Rückbildung.

Die häufigste Ursache für Blutungen nach Abort scheint nach spontanem Verlauf des Aborts in frühen Monaten die Retention von Vera zu sein und zwar glaubt W., dass es wesentlich halbgelöste Verafetzen sind, welche, im Uterus hängend, denselben in seiner Rückbildung stören.

Die Entfernung dieser flottirenden Fetzen soll man bei keinem Abort unterlassen.

Pawlik (Prag). Über Blasenexstirpation.

Pat. kam am 16. Juni 1888 das erste Mal in P.'s Klinik wegen andauernder Hämaturie. Durch Katheterisirung beider Ureteren konnte Nierenblutung ausgeschlossen werden und nach Dilatation der Harnröhre wurde in der Blase sowohl mittels des Fingers, als auch endoskopisch ein dünngestielter Polyp von der Größe einer Krachmandel nachgewiesen. Durch eine künstliche Blasenscheidenfistel schnitt man den Stielansatz des Polypen mit dem Thermokauter keilförmig heraus und nähte die Blasenscheidenfistel zu. Vollkommene Heilung erfolgte und die Frau verließ am 28. Juli 1888 die Anstalt.

Ein Jahr später, am 11. Juli 1889, kam sie in sehr herabgekommenem, anämischem Zustande wieder in die Klinik. Durch 8 Monate nach der Operation hatte sie sich ganz wohl gefühlt, dann setzte die Hämaturie wieder ein ohne aufzuhören. Die endoskopische Untersuchung des Blaseninneren wies massenhafte, breit aufsitzende Papillome nach; aus diesem Befunde wurde auf Malignität der Neubildung geschlossen, was auch später durch das Mikroskop bestätigt wurde.

P. fasste den Plan, zuerst beide Harnleiter in die vordere Scheidenwand einzuheilen, dann die Blase zu exstirpiren und aus der zurückgebliebenen Urethra und der Vagina eine neue Blase zu bilden.

Am 3. August 1889 führte er an beiden Ureteren in gleicher Weise folgende Operation aus: Nach Einführung von Metallkathetern in beide Harnleiter wurde die Frau in Knie-Ellbogenlage gebracht, die Vagina entlang dem Ureter 2 cm lang eingeschnitten, der Ureter freipräparirt, seine hintere Wand 1 cm lang longitudinal geschlitzt, darunter der Ureter abgebunden, von seinem Blasenende abgeschnitten und die Schlitzöffnung im Ureter mit der Scheidenwunde vernäht, nachdem der Katheter entfernt worden war. Die Ureteren heilten anstandslos in die Vagina ein und bildeten nun zwei künstliche Uretero-vaginalfisteln.

Am 27. August folgte dann die Blasenexstirpation. Durch einen Schnitt wie für Sectio alta, ohne Eröffnung des Peritoneums löste der Operateur die Blase, welche mit Jodoformemulsion gefüllt war, um ihre Wand besser kenntlich zu machen, bis an das Orif. urethrae int. ab, entleerte dann die Emulsion und tamponirte die Höhle über der Blase wegen der Blutung mit Jodoformgaze. Nun wurde die vordere Vaginalwand knapp über dem Harnröhrenwulste quer gespalten und durch die genügend weit gemachte Öffnung die Blase in die Vagina gezogen und am Orif. int. urethrae abgeschnitten (Collaps der Frau, subkutane Injektion von 300 ccm einer warmen physiol. Kochsalzlösung; Erholung der Pat.). Die vordere Vaginalwand wurde mit dem vorderen Umfang der Harnröhrenwunde vernäht, der hintere Umfang der letzteren und eine cirkuläre Anfrischung des Scheideneinganges zu einer queren Kolpokleisis benutzt. Bevor die eingelegten Nähte geknotet wurden, Einführung elastischer Katheter in beide Harnleiter durch die Urethra. Schluss der Bauchwunde bis auf den untersten Theil, wo die Enden der Gazestreifen herauskamen.

Trotz des Collapses während der Operation war der spätere Verlauf relativ gut, aber die wegen der drohenden Lebensgefahr hastig ausgeführte Kolpokleisis und die Mitte der Vereinigung der vorderen Vaginalwand mit der vorderen Harnröhrenwand heilte nicht zu, eine Fistel blieb zurück, welche in die Höhle hinter der Symphyse führte, wo die Blase früher gelagert hatte.

Die Ernährung der Pat. war sehr schlecht und konnte vorläufig an weitere Eingriffe nicht gedacht werden; das Hauptaugenmerk war auf Hebung des Kräftezustandes gerichtet. Die Öffnung am unteren Ende der Bauchwunde heilte erst 3 Monate nach der Operation zu; die Höhle hinter der Symphyse und die von ihr in die Vagina führende Fistel sogar erst nach 8 Monaten. Ein zweiter Versuch die Vagina zu schließen (20. Juni 1890) misslang.

Am 18. Juli führte P. eine neue Kolpokleisis in sagittaler Richtung mit sehr breiter Anfrischung und fortlaufenden Etagennähten aus; diese heilte bis auf eine feine Fistel knapp hinter der Urethra zu. Im Liegen hält die Pat. jetzt schon den Urin längere Zeit; wenn sie aber aufsteht, rieselt er durch die Fistel

ab. Die Frau merkt, wenn die neugebildete Blase, welche erwiesenermaßen 400 ccm fassen kann, durch Urin ausgedehnt ist und vermag ihn durch Kontraktion der Perinealmuskel spontan zu entleeren. Es unterliegt keinem Zweifel, dass es gelingen wird die feine Fistel zu schließen und nach den bisherigen an der Frau gemachten Beobachtungen ist es sehr wahrscheinlich, dass die neugebildete Blase genügende Kontinenz besitzen wird. Jedenfalls ist es im höchsten Grade zufriedenstellend, dass die Frau, der vor einem Jahre baldiger Tod in Folge des Zottenkrebses der Blase drohte, jetzt im Stande war die Reise nach Berlin zu unternehmen und dort die ganzen Tage der Besichtigung der Großstadt zu widmen.

Apostoli (Paris). Über den galvanischen Strom in der Gynäkologie.

Die Schlüsse, welche A. in seinen Ausführungen zieht, sind folgende:

1) Seine Hauptanwendung findet der konstante galvanische Strom in der Gynäkologie bei der Endometritis und dem Fibrom. Vor Allem beseitigt er Cirkulationsstörungen und schmerzhafte Zustände wie Amenorrhoe, Dysmenorrhoe und Metrorrhagie. Er ist ganz besonders im Stande, die Entwicklung gutartiger Neubildungen zu hemmen und die Resorption peri-uteriner Exsudate zu unterstützen. Er besitzt eine sehr heilsame auflösende Wirkung bei vielen peri-uterinen Entzündungen und bei gewissen katarrhalischen Formen von Salpingo-oophoritis. Als unwirksam und in starker Anwendung selbst als schädlich erweist er sich bei eiterigen Entzündungen der Adnexe, besonders bei intra-uteriner Anwendung des negativen Pols.

Je hochgradiger die Entzündung der Adnexe ist, desto weniger wird der galvanische Strom vertragen und dies ist ein werthvolles diagnostisches Hilfsmittel, um über die Existenz und Natur von (blutigen oder eiterigen) peri-uterinen Flüssigkeitsansammlungen Klarheit zu verschaffen, welche verkannt oder nur verwerthet wurden, und so dient der galvanische Strom in diesen Fällen dazu, einen bis dahin verzögerten oder verweigerten chirurgischen Eingriff zu beschleunigen.

2) Die Wirkungen des konstanten galvanischen Stromes sind polare und interpolare; die interpolare Wirkung, welche trophischer und dynamischer Art ist und proportional dem Quadrate der erforderlichen Stromstärke anwächst, vergrößert noch die polare Wirkung, welch' letztere nach A. in zwei Theile zerfällt: die durch den Durchtritt des Stromes erzeugte Wärmeentwicklung und die am positiven Pole entfaltete antiseptische Wirkung, welche A. und Laquerriere jüngst nachgewiesen haben.

3) Die stärkeren galvanischen Ströme, welche auf verschiedene Weise angewandt werden und bei deren Applikation in einer Stärke von über 50 Milliampères man sich nach der Toleranz der Kranken und den vielfachen klinischen Indikationen richtet, bilden die Grundlage der Methode A.'s, und finden ihre Rechtfertigung:

a) in der Nutzbarmachung ihrer Wirkung auf die Cirkulationsverhältnisse (»drainage circulatoire«), direkte Folge der Wärmewirkung durch den Leitungswiderstand;

b) in der mit der Stromstärke zunehmenden antiseptischen oder Mikroben tödtenden Wirkung;

c) in dem schnellen Erfolge der bewirkten Resultate, die proportional dem Quadrate der Stromstärke anwachsen;

d) in der leichteren Verallgemeinerung der Methode bei hartnäckigen Fällen (harten, subperitonealen Fibromen, fungöser Endometritis etc.) und bei jugendlichen Kranken;

e) in der Verhütung von Recidiven, die um so weniger zu befürchten sind, je stärker der angewandte Strom ist.

4) Wenn auch die vaginale Anwendung des galvanischen Stromes (Methode nur für Fibrome von M. Chéron, seitdem angewandt von A. Martin, Brachet, Ménière, Onimus, Carpenter, Mundé u. A.) Resultate giebt, so sind diese doch bedeutend geringer als die Resultate nach der intra-uterinen Applikation des Stromes, welche die Methode der Wahl bleiben muss:

a) weil sie vor Allem das Maximum des erforderlichen Stromes sich nutzbar macht;

b) weil bei ihr die antiseptische Wirkung des positiven Poles zur Geltung kommt;

c) weil sie sich öfters die ableitende und kaustische Wirkung der intra-uterinen Anwendung dienstbar macht und auf diese Weise zugleich zur Behandlung einer einfachen Endometritis oder einer solchen, die häufig bei Fibromen und peri-uterinen Entzündungen auftritt, benutzt werden kann und damit eine schnellere, vollständigere und dauernde Heilung verbürgt;

d) weil sie besser als die vaginale Applikation eine Verminderung der Schmerzen in Aussicht stellt und die Anwendung starker Ströme erträglicher macht, welche ihrerseits wieder eine größere Wirksamkeit im Gefolge haben.

5) Die mit Hilfe eines feinen Trokar von Gold, der mit Ausnahme der Spitze ganz isolirt ist, etliche (2—5) Millimeter tief ausgeführte Galvanopunkturen bilden die oft sehr heilsame Ergänzung der intra-uterinen, von A. geschaffenen Therapie, indem sie besser die galvanische Wirkung lokalisiren und in gewissen Fällen die Anwendung schwacher und mittelstarker Ströme wirksamer gestalten.

6) Die Unschädlichkeit der intra-uterinen Therapie ergiebt sich zunächst aus der Unschädlichkeit der gleichfalls intra-uterin angewandten chemischen und blutigen Behandlungs-Methoden des Uterusinneren, und besonders durch die in der ganzen Welt gesammelten statistischen Zahlen so wie speciell die der eigenen Statistik: Von Juli 1882 — Juli 1890 hat A. 11499mal den galvanischen Strom angewandt (folgt die Vertheilung der Ziffern auf Erkrankungsformen und Methoden der Behandlung; Endresultate im Einzelnen nicht besprochen).

Drei Todesfälle legt A. einer unrichtigen Methode zur Last (1 Galvanopunktur bei subperitonealem Fibrom, 1 dessgl. bei Salpingo-oophoritis und 1 Galvanokaustik bei einer für ein Fibrom angesprochenen Ovarialcyste).

30mal beobachtete A. Eintritt von Schwangerschaft nach intrauteriner Anwendung des galvanischen Stromes. **Heyder** (Leipzig).

Bröse (Berlin). Demonstration medicinisch elektrischer Apparate, welche mit der von Dynamomaschinen erzeugten Elektricität gespeist werden.

Veranlasst durch die vielfachen Unbequemlichkeiten und Unannehmlichkeiten, welche mit dem Gebrauche von Elementen zur Erzeugung der in der Medicin verwendeten Elektricität verbunden sind, hat B. zusammen mit dem Mechaniker Georg Hirschmann zahlreiche Versuche gemacht, um die von Dynamomaschinen zur Beleuchtung und Kraftübertragung producirten Ströme den verschiedenen Anwendungen der Elektricität in der Medicin, der Elektrotherapie für den galvanischen, faradischen und galvanofaradischen Strom, der Elektrolyse, der Galvanokaustik, der Beleuchtung dienstbar zu machen. Die Versuche wurden mit der von den Berliner Elektricitätswerken gelieferten Elektricität angestellt und es gelang, dieselbe für alle Anwendungen der Elektricität in der Medicin nutzbar zu machen. Der Strom wird von den genannten Werken mit einer ziemlich konstanten Spannung von 105 Volt in die Zimmer geliefert, welche für die verschiedenen Zwecke der Medicin in geeigneter Weise zu modificiren war. Die Spannung entspricht ungefähr der elektromotorischen Kraft einer Batterie von 60 Leclanché-Elementen. Doch macht der innere Widerstand einer solchen Batterie es unmöglich, ähnliche Stromintensitäten zu erhalten, wie von einer von Dynamomaschinen erzeugten Spannung von 105 Volt.

Dieser innere Widerstand der Batterie ist bei den von Dynamomaschinen gespeisten Apparaten, welche zur Anwendung des galvanischen Stromes für die Elektrotherapie und Elektrolyse dienen, ersetzt durch Einschaltung eines konstanten Widerstandes in den Stromkreis in Form eines Rheostaten (Rheostat I genannt), welcher das absolute Maximum der Intensität des Stromes, welches in den Stromkreis hineingelassen werden soll, regulirt, während ein zweiter Rheostat (Rheostat II) dazu dient, den Strom in der üblichen Weise in den Körper einschleichen zu lassen.

Rheostat I hat an dem demonstrirten Apparat 6 Kontakte. Steht die Kurbel des Rheostaten auf Kontakt I, so ist die Leitung unterbrochen; bei Kontakt II ist ein Widerstand von 5000 Ohm eingeschaltet, so dass bei kurzem Schluss (ohne Einschaltung des menschlichen Körpers) ein Strommaximum von 20 Milliampères erreicht werden kann, wie das Galvanometer des Apparates anzeigt (Ohm'sches Gesetz). Die Intensität eines galvanischen Stromes in einer geschlossenen

Kette ist direkt proportional der elektromotorischen Kraft und umgekehrt proportional dem Widerstande der Leitung. Formel dafür ist: $I = \frac{E}{W}$. Maßeinheiten für die einzelnen Faktoren dieser Formel nach Festsetzung durch den internationalen elektrischen Kongress von 1881: für E (elektromotorische Kraft) der Volt, für W (Widerstand) der Ohm, für I (Intensität) der Ampère. 1 Ampère $= \frac{1 \text{ Volt}}{1 \text{ Ohm}}$. 1 Milliampère $= \frac{1}{1000}$ Ampèr $= \frac{1 \text{ Volt}}{1000 \text{ Ohm}}$. Statt 105 Volt der Spannung, mit welcher der Strom von der Dynamomaschine geliefert wird, kann man der Bequemlichkeit der Rechnung halber bei der Größe der Divisoren 100 Volt nehmen. $\frac{100 \text{ Volt}}{5000 \text{ Ohm}} = 20$ Milliampères).

Dreht man die Kurbel des Rheostaten I auf Kontakt III, so hat man nur noch einen Widerstand von 2000 Ohm in der Leitung und erhält bei kurzem Schluss als Strommaximum 50 Milliampères, bei Kontakt IV 1000 Ohm und 100 Milliampères, bei Kontakt V 500 Ohm und 200 Milliampères, bei Kontakt VI 333 Ohm und 300 Milliampères.

Kontakt II und III sind für die Elektrotherapie bestimmt, IV bildet den Übergang zur Elektrolyse, kann aber auch noch für starke Ströme in der Elektrotherapie gebraucht werden; Kontakt V und VI sind für die Elektrolyse bestimmt. Die Einschaltung dieses Rheostaten I macht es unmöglich, dass stärkere Stromintensitäten in den Stromkreis hineingelassen werden können, als bei Kontakt II 20 Milliampères, III 50 Milliampères etc. Natürlich wird das erreichbare Strommaximum bei Einschaltung des menschlichen Körpers noch geringer sein, da noch der Widerstand des menschlichen Körpers hinzukommt. Der Pat. ist gegen plötzliches Stärkerwerden des Stromes durch diesen Rheostaten absolut sicher.

Der zum Einschleichenlassen des Stromes in den menschlichen Körper dienende Rheostat II liegt an dem demonstrirten Apparat in der Nebenschließung und hat 68 Kontakte, da er für Elektrotherapie und Elektrolyse zugleich dient. Der Apparat enthält außerdem ein Hirschmann'sches Galvanometer, Stromwender etc. in der bekannten Weise.

Die inducirende Kette für den faradischen Strom, welche bei den verschiedenen faradischen Apparaten eine zwischen $^1/_4$—2 Ampères schwankende Stromintensität hat, wird von derselben Leitung, an welche der konstante Strom angeschlossen ist, dadurch gebildet, dass ein Widerstand von 333 Ohm (alle Widerstände sind aus Neusilberdraht hergestellt) eingeschaltet ist. Die Stromintensität in der inducirenden Kette beträgt alsdann bei einer Spannung von 105 Volt etwa $^1/_3$ Ampères und die sekundären Ströme sind von vollkommen ausreichender Stärke.

Die für den inducirenden Strom angewendete Stromintensität

von $^1/_3$ Ampère, welche durch Einschaltung von 333 Ohm Widerstand bei der Spannung von 105 Volt erzielt wird, wurde durch das Experiment bestimmt. Wollte man eine größere Stromintensität unter Einschaltung geringerer Widerstände gebrauchen, so war die Funkenbildung in der Einrichtung des Neef'schen Hammers zu stark.

Auch der galvanofaradische Strom ließ sich nach denselben Principien von dieser Stromquelle erzielen.

Auf diese Weise kann jeder von Dynamomaschinen gelieferte Gleichstrom durch Einschaltung von der Spannung entsprechenden Widerständen der Elektrotherapie und Elektrolyse dienstbar gemacht werden.

Bei der Anwendung der Galvanokaustik braucht man einen Strom von bei Weitem größerer Intensität, um den im Stromkreis eingeschalteten Metallkörper, den Platindraht, glühend zu machen. Es ist dazu, wie durch Messung und Berechnung an verschiedenen galvanokaustischen Apparaten festgestellt wurde, eine Intensität von 15—20 Ampères nöthig. Von einer Spannung von 105 Volt wird eine Stromintensität von 20 Ampères erzielt durch Einschaltung eines Widerstandes von 5 Ohm. Dieser Widerstand ist von dem demonstrirten Apparate aus verhältnismäßig dickem und langem Eisendraht hergestellt (dünner Neusilberdraht, aus welchem die Widerstände an den übrigen Apparaten gefertigt sind, wird glühend bei einer solchen Stromintensität) und liegt in dem Fuße des tischförmigen Apparates.

Da man eine Stromkette von 20 Ampères Intensität bei einer Spannung von 105 Volt nicht wie an den bisher gebrauchten, von Elementen mit geringer Spannung gespeisten Apparaten durch Zusammendrücken der Kontakte in dem Handgriff der Elektrode schließen und durch Loslassen wieder öffnen kann, weil alsdann die Funkenbildung beim Öffnen der Stromkette (in Folge der hohen Spannung, unter welcher der Strom steht) so stark wird, dass die Kontakte verbrennen, so ist der Apparat so eingerichtet, dass zuerst eine Stromkette mit einem Widerstande von $5^1/_2$ Ohm ohne die eigentliche galvanokaustische Kette durch eine geeignete Kontaktvorrichtung geschlossen und dann durch Zusammendrücken der Kontakte der Elektrode die galvanokaustische Kette eingeschaltet und zu gleicher Zeit 0,50 Ohm Widerstand ausgeschaltet wird. Dadurch wird erreicht, dass nicht der ganze Stromkreis von 20 Ampères bei 105 Volt geschlossen und geöffnet wird, sondern beim Einschalten der galvanokaustischen Kette nur eine geringe Schwankung in dem schon geschlossenen Stromkreis eintritt. Auf diese Weise wird die starke Funkenbildung vermieden; dieselbe ist nicht stärker, als bei den von Elementen gespeisten Apparaten. Damit der Operateur nach Beendigung der Operation nicht vergisst, die zuerst geschlossene Stromkette wieder zu öffnen, ist eine Warnungslampe angebracht, welche mit jener zuerst geschlossenen Stromkette parallel geschaltet

ist und erglüht, sobald der Strom geschlossen ist, erlischt, sobald er geöffnet wird.

Dass die von Dynamomaschinen zur Beleuchtung erzeugte Elektricität auch für alle medicinischen Lampen gebraucht werden kann, liegt auf der Hand. Einige allgemeine Gesichtspunkte sind dabei zu berücksichtigen. Die verschiedenen Glühlampen brauchen bei einem verschiedenen eigenen Widerstand eine verschieden große Stromintensität, um zu erglühen. Die Normallampe der Berliner Elektricitätswerke, z. B. die sechzehnkerzige, braucht bei einem eigenen Widerstand von 194 Ohm eine Intensität von 0,56 Ampères. $\left(\frac{105 \text{ Volt}}{194 \text{ Ohm}} = 0{,}56 \text{ Ampères}\right)$. Bei Lampen, welche eine geringere Stromintensität brauchen und noch dazu einen geringeren eigenen Widerstand haben, müssen entsprechende Widerstände eingeschaltet werden, da sie sonst durchglühen.

Die Versuche, die von den Dynamomaschinen erzeugte Elektricität der Medicin dienstbar zu machen, wurden mit Gleichstrom gemacht, denn in Berlin hat man das Edison'sche System der Gleichstrombeleuchtung. Der Wechselstrom lässt sich außer zur Galvanokaustik und Beleuchtung nicht verwenden.

Die Vortheile, welche die Verwendung der von Dynamomaschinen erzeugten Elektricität gegenüber der von Elementen gelieferten darbietet, sind einmal das Fortfallen aller der Unbequemlichkeiten, welche mit dem Gebrauche von Elementen verbunden sind, — die Pflege der Elemente, die Erneuerung der Leitungsflüssigkeiten, der Metalle etc. Zweitens kommt in Betracht die großartige Konstanz des Stromes, ferner die Möglichkeit Stromintensitäten zu erlangen, welche von Elementen nie erzielt werden können, so dass man z. B. in der Galvanokaustik jetzt bedeutend größere Brenner konstruiren und den Paquelin und das Glüheisen durch galvanokaustische Instrumente wird ersetzen können; endlich die bedeutend geringeren Anschaffungskosten (der Rheostat I an dem Apparat für Elektrotherapie und Elektrolyse kostet 50—60 ℳ, eine gute Batterie von 50 Leclanché-Elementen 150 ℳ) und die lächerlich geringen Kosten des Konsums. Der Arzt hat die Elektricität, welche er zu medicinischen Zwecken braucht, fast umsonst.

Die Apparate sind in gewissem Sinne transportabel und können überall in Zimmern, in welchen sich Leitungen für elektrische Beleuchtung mittels Gleichstroms befinden, angeschlossen werden.

Eine genaue und ausführliche Beschreibung nebst Abbildungen der Apparate wird in der Berliner klinischen Wochenschrift erscheinen.]

E. Cutter (New York) führt aus, die Elektricität werde in Amerika sowohl nach Apostoli's, wie auch nach einer schon älteren, eigenen Methode angewandt.

Im Jahre 1871 demonstrirte Redner in Middlesex Massachusetts East District Medical Society eine Batterie aus 1 Elemente mit großen Platten bestehend, mittels deren er im August 1871 auf den Rath des jetzigen Präsidenten der Bostoner Gynäkologischen Gesellschaft, Dr. Symington Brown, zuerst die Behandlung eines Uterusmyoms begann, im Wesentlichen so, wie Apostoli es heute macht. So weit er in Erfahrung bringen konnte, ist dies der erste Fall von elektrischer Behandlung eines Myoms in Amerika. Die Resultate gestalteten sich nach C. folgendermaßen: Hemmung des Weiterwachsens der Geschwulst 50%; geringe Besserungen 6%; kein Stillstand im Wachsthum 14%, Todesfälle 8% und Heilungen mit vollständigem oder nahezu vollständigem Schwund 22%.

C. geht jetzt so vor, dass er unter Anwendung von Anästhesie beide Elektroden durch die Bauchwand in das Myom einsticht und einen konstanten Strom 5—10 Minuten durchfließen lässt. Pat. liegt danach einige Tage zu Bett. Ferner regelt er, wenn es angängig, die Diät so, dass er eine aus $^2/_3$ Fleischspeisen und $^1/_3$ Vegetabilien gemischte Kost genießen lässt. Eine Stunde vor jeder Mahlzeit und vor Schlafengehen lässt er $^1/_2$ Liter heißes Wasser trinken.

Nach Aufführung einer Tabelle von 50 Fällen spricht C. allen Denen seinen Dank und seine Anerkennung aus, die auf irgend eine Weise zur Vervollkommnung der elektrischen Behandlungsmethode beigetragen haben.

C. hält es für ausgemacht, dass sowohl die Regelung der Diät allein, als auch diese zusammen mit elektrischer Behandlung so wie auch letztere allein Heilung bewirkt haben. **Heyder** (Leipzig).

Daniou (Paris). Die intra-uterine Anwendung des galvanischen Stromes zur Heilung der Myome ein wissenschaftlicher Irrthum.

D. behauptet, die intra-uterine Anwendung des galvanischen Stromes beruhe auf ganz falschen Theorien, Theorien, die je nach Bedürfnis von den Anhängern der Methode willkürlich geändert wurden und nun sich manchmal direkt widersprächen. Eine Hauptwirkung sähen die Anhänger in der kaustischen Wirkung des Stromes auf das Endometrium, durch anatomische Änderung der Schleimhaut und Narbenbildung wurden günstige Erfolge bei Blutungen erzielt. Wenn es nun unmöglich sei, auf das Uterusinnere einzuwirken, so werde die Galvanopunktur als noch besseres Mittel empfohlen — hierbei sei aber von einer ähnlichen Einwirkung des Stromes wie bei der intra-uterinen Methode absolut keine Rede. Weiter fragt D. wie es wohl mit der Bedeutung der beiden Pole bei der Galvanopunktur stehe, die doch bei der intra-uterinen Methode als bestimmt hämo-

statisch für den positiven Pol angenommen werde, während der negative mehr die entgegengesetzte Wirkung ausübe?

Eine Wirkung auf die Schleimhaut des Uterus sei aber vollständig illusorisch, da nur einige wenige Punkte der Mucosa mit dem Strom in Berührung kämen. Bei einer Pat., welche mehrere Male mit einem Strome von über 100 Milliampères behandelt wurde und an Peritonitis starb, habe Apostoli selbst an der Corpusschleimhaut nicht die Spur einer Einwirkung finden können — das Orficium internum sei der einzige Punkt gewesen, wo der Strom eingewirkt habe.

Noch andere Bedenken bezüglich der Theorien äußert D. und fügt hinzu, auch die praktische Ausführung sei eine falsch begründete. Die Galvanopunktur werde mit der Spitze einer feinen Nadel gemacht und man sage, je feiner die Nadel, desto besser sei es, das hieße aber mit anderen Worten, je mehr man die galvano-kaustische Einwirkung unterdrücke, desto besser würden die Erfolge!

D. selbst hat nun eine andere Methode zur elektrischen Behandlung angegeben, welche er »méthode du tampon électrique et des renversements« nennt. Diese soll zugleich als klinischer Beweis für die irrigen Annahmen Apostoli's und seiner Anhänger gelten. Ein Tampon aus Feuerschwamm, welcher bis auf $1^1/_2$—2 cm von einer feinen Kautschukhülle umgeben ist, wird mit Salzwasser durchtränkt gegen das Collum angedrückt. Nun lässt er einen Strom von 70, 80—100 und 120, ja bis zu 130 und 150 Milliampères in gewissen Fällen 3—6 Minuten lang einwirken, darauf wechselt er den Strom, wobei dieser einen Augenblick unterbrochen wird. Die Pat. empfinden im Augenblicke des Stromwechsels Hitze, Ameisenkribeln, zusammenziehendes Gefühl. Dieser Stromwechsel wird 2—3mal vorgenommen.

Als Vorzüge seiner Methode schildert D. das Fehlen der oft heftigen Schmerzen bei der intra-uterinen Methode, die schnelle Verkleinerung der Geschwülste um ein beträchtliches, das meist prompte Aufhören der Blutungen (manchmal muss die Behandlung einige Zeit fortgesetzt werden), Nachblutungen, wie solche nach der andern Methode beobachtet wurden, kamen nicht vor; Aufhören der Schmerzen, Regelung der Menstruation, schnelles Erholen der Pat., endlich die absolute Gefahrlosigkeit. In Bezug auf letztern Punkt hebt er noch hervor, dass in Paris die Mortalität bei der intra-uterinen elektrischen Behandlung mindestens 5—6 % betrage und dass die Methode manche andere nicht tödliche Leiden im Gefolge gehabt habe.

Bis jetzt hat D. an 100 Pat. ca. 2000mal seine Methode in Anwendung gebracht.

Heyder (Leipzig).

Spanton (Hanley, England): Über Elektrolyse in der Behandlung uteriner Tumoren.

Redner giebt seine Ansicht dahin, dass die elektrische Behandlung nach Apostoli die Größe uteriner Tumoren verringere, Blu-

tung zum Stehen bringe und die Kranken von den durch die Tumoren bedingten Beschwerden befreite.

Er berichtet mehrere Fälle, die mit Strömen von 100—285 Milliampères behandelt wurden; in einigen derselben verschwand der Tumor vollständig und Pat. wurde vollkommen gesund. Speciell 2 Kranke von 24 und 21 Jahren befinden sich jetzt ganz wohl. Einige der ausgesprochensten Resultate waren mit Eintritt der Menopause verbunden und Redner hat nach seinen Erfahrungen eine hohe Meinung von dem Werthe der Elektricität durch Herbeiführen der Menopause in den Fällen, wo eine bedrohliche Blutung mit ausgesprochenem Kräfteverfall dem raschen Wachsthum von Myomen beigesellt waren.

In jedem Falle war zuerst eine andere Behandlung ohne Erfolg versucht worden, und in 2 Fällen hatte auch die Elektrolyse keinen Erfolg in Bezug auf das Weiterwachsen der Geschwulst. In allen Fällen, wo eine Operation verweigert wird oder überhaupt nicht rathsam ist, sollte nach S.'s Ansicht die Elektrizität angewandt werden und in einer großen Zahl von Fällen werde nach seinen Erfahrungen der Erfolg als sehr befriedigend bezeichnet werden müssen.

Leop. Meyer (Kopenhagen) führt aus, in Kopenhagen habe man im Allgemeinen günstige Erfolge mit der galvanischen Behandlung der Fibrome erzielt. Die Erfolge, welche er gehabt habe, seien hauptsächlich symptomatisch. Er habe aber bei Weitem nicht so oft Schmerzen von der Behandlung gesehen, wie Zweifel. Ob das darauf beruhe, dass er immer Thonerde und mit gewöhnlichem Wasser, nicht mit Kochsalzlösung durchfeuchtet benutzt, wage er nicht zu sagen. Er schließt mit einem Dank an Apostoli, für die Entwicklung, die dieser der elektrischen gynäkologischen Behandlung gegeben habe.

Gautier (Paris): Behandlung uteriner Fibrome und der Salpingo-oophoritis suppurativa mit dem konstanten Strome.

G. fasst seine Ausführungen in folgende Schlusssätze zusammen:

Seit 8 Jahren mit Versuchen beschäftigt, behaupte er, die symptomatische Heilung der Fibrome stehe mit der angewandten Stromstärke in Beziehung; diese Stärke sei proportional der wechselnden Toleranz der Kranken. Der positive Pol wirke zweifelsohne bei einer Stromstärke von mehr als 100 Milliampères hämostatisch und antiseptisch; die lokale Wirkung sei sekundär, die interpolare sei wirksamer und unumgänglich nothwendig. Die interpolare Wirkung auf Fibrome rechtfertige die intra-uterine Galvanokaustik und vor Allem die Galvanopunktur, die Methode der Wahl, denn sie kürze die Dauer der Behandlung, vermehre die Rückbildung der Fibrome und vermindere die Recidive.

Nach Erwähnung einer früheren Statistik von 67 Fällen führt er 28 neue Fälle an und bemerkt, diese seien weniger lange behandelt worden, die ersten Erfolge seien schneller gewesen und die symptomatische Heilung sei eine dauernde. In 2 Fällen von großen subperitonealen Fibromyomen sei eine Verkleinerung um $^1/_3$ eingetreten und die beiden Kranken seien nach 8—12 Sitzungen (bei jeder 2 Galvanopunkturen) im Stande gewesen, schwere Arbeit aufzunehmen und fühlten sich ganz wohl dabei. — Er erwähnt ferner, dass der positive Pol im Uterus eine vollständige Kauterisation der Mucosa bewirke, dass er sie austrockne und dass eine mikroskopische Untersuchung nach Hysterektomie die alleinige Betheiligung der Mucosa trotz eines starken Stromes (100 Milliampères) erweise.

Bei vereiterten Salpingo-oophoritiden räth er, nur eine negative chemische Galvanokaustik anzuwenden, mit schwacher Stromstärke, 20—30 Milliampères. Seine 8 Kranken hatten Chirurgen konsultirt, welche einstimmig zur Laparotomie riethen; unter dem Einflusse der galvanischen Behandlung nahm der Eiter ab, eben so die Schmerzen und die Kräfte hoben sich. (Da diese Fälle erst jungen Datums sind, macht G. keine weiteren Schlüsse, sondern behält diese einer späteren Arbeit vor.)

Den ersten Platz in der elektrischen Behandlung der Uterusfibrome weist G. der Galvanopunktur an, die unter vollkommener Antisepsis auszuführen sei. Streng verurtheilt er die extra-uterine Anwendung der Elektricität, die auf einer falschen Theorie beruhe und deren Resultate illusorisch seien. **Heyder** (Leipzig).

Diskussion. Bröse: Ich habe 16 Fälle von interstitiellen und submukös sitzenden Tumoren nach der Apostoli'schen Methode behandelt, von denen mehrere seit 2 Jahren beobachtet, seit $1^1/_2$—$^1/_4$ Jahr geheilt sind.

10 Fälle wurden wegen Blutungen mit der intra-uterinen positiven chemischen Galvanokaustik behandelt. Es waren alle diese Fälle kleinere Tumoren, die Uteruslänge betrug höchstens 12 cm. Der größte Tumor entsprach der Größe des im 6. Monate schwangeren Uterus. Von diesen sind 8 Fälle dauernd, d. h. seit $^1/_4$—$1^1/_2$ Jahr von ihren Blutungen befreit, darunter mehrere Fälle, die von tüchtigen Gynäkologen einmal oder mehrere Male ohne Erfolg mit dem Curettement behandelt waren. Ein Fall, welchen ich in 40 Sitzungen ohne Erfolg behandelt hatte, wurde, nachdem er sich meiner Behandlung entzogen, von einem Kollegen kastrirt und starb die Kranke am 14. Tage nach der Laparotomie an einer Komplikation; ein zweiter Fall entzog sich nach 16 Sitzungen meiner Beobachtung, ich betrachte ihn als ungeheilt.

Es ließ sich fast in allen Fällen eine Verkleinerung der Uterushöhle von 1—2 cm am Ende der Behandlung nachweisen. Ob die Myome in diesen 8 Fällen wirklich kleiner wurden, ist schwer zu sagen. Die Hauptsache war, dass die Blutungen verschwanden.

Die zweite Reihe von 6 Fällen sind Myome, welche durch ihre

Größe, durch Kompression der Nachbarorgane, durch die sie begleitende Dysmenorrhoe und Perimetritis Symptome machten, von Metro- oder Menorrhagien aber nicht begleitet waren. Sie wurden mit der intra-uterinen negativen chemischen Galvanokaustik behandelt. 4 von diesen Fällen sind von ihren Beschwerden befreit, ohne dass eine erhebliche Verkleinerung der Geschwulst nachweisbar war; darunter ein Fall, welcher mit einem interstitiellen Myom der hinteren Wand des Uterus behaftet, an gleichen Beschwerden litt, wie sie die Retroflexio uteri gravidi macht. Die komplete Urinretention, an welcher die Kranke litt, als sie in meine Behandlung kam, ist seit $1^1/_2$ Jahren geheilt. In 2 Fällen aber konnte ich eine so große Verkleinerung der Geschwulst konstatiren, dass ein Zweifel ausgeschlossen ist. Es handelt sich in einem Falle um ein interstitielles Myom, welches bis 1 Finger breit unterhalb des Nabels reichte, Sonde $10^1/_2$ cm, und an unerträglicher Dysmenorrhoe litt. Herr Prof. Löhlein hat bis zu seinem Fortgange von hier nach Gießen die Kranke behandelt und schlug ihr, nachdem Alles, auch das Curettement, vergebens versucht war, die Laparotomie vor. Ich habe sie vom 2. März bis 7. August 1889 30mal mit der intra-uterinen Kathode behandelt. Am 7. August lag die Kuppe des Tumors 3 Finger breit unterhalb des Nabels, Sonde $8^3/_4$ cm. Die Dysmenorrhoe ist geheilt. Am 24. Oktober 1889 Kuppe unterhalb der Mitte zwischen Nabel und Symphysis, 5 Finger breit unterhalb des Nabels. Am 5. Mai 1890 ist der Tumor von außen nicht mehr nachweisbar, nur noch durch die kombinirte Untersuchung zu konstatiren. Die Beschwerden sind beseitigt. Eben so konnte ich in dem zweiten Falle eine sehr bedeutende Verkleinerung der Myome konstatiren.

Bei der Anwendung des galvanischen Stromes und der Elektricität überhaupt sind folgende Grundsätze zu beachten.

1) Der Arzt, welcher diese Behandlungsmethode anwendet, muss die gynäkologische Technik und Diagnostik vollkommen beherrschen; er muss aber auch mit den Grundsätzen der Physik und Elektrotherapie vertraut sein.

2) Die Anwendung bei Myomen, Exsudaten, Endometritis, Metritis ist eine intra-uterine. Die Anwendung der vaginalen Kugelelektrode, wenigstens für starke Ströme, ist zu verwerfen, da sie sehr langsam heilende Ulcera in der Vagina hervorruft.

3) Bei der Behandlung der Myome muss der Arzt sowohl wie die Pat. Geduld besitzen. Die Behandlung wird sich in dem größten Theile der Fälle über mehrere Monate erstrecken, ja kann $^1/_2$—$^3/_4$ Jahr dauern und der Verlauf ist nicht selten durch allerhand Ereignisse, durch leichte Blutungen, besonders bei Anwendung des negativen Poles, durch leichte perimetritische Reizungen gestört, aber der Erfolg krönt, wenn auch nicht in allen, so doch in vielen Fällen die Mühe.

4) Je länger die Uterushöhle ist, desto schwieriger sind die Blutungen zu heilen und man wird in Fällen mit starken Blutungen

und sehr langer (über 12 cm) Uterushöhle stets zu erwägen haben, ob die Kräfte der Pat. ausreichen, um sie einer elektrischen Behandlung zu unterwerfen, d. h. 3—4 Monate weiter bluten zu lassen oder sogleich die Myomotomie auszuführen. Denn der Erfolg tritt zuweilen sogar erst Wochen lang nach dem Aussetzen der Behandlung ein.

5) Die galvanische Behandlung wird desshalb niemals die Myomotomie vollkommen ersetzen können, aber sie wird manchen Fall vor der Operation bewahren. Sie ist entschieden aber allen anderen medikamentösen und chirurgischen Behandlungsweisen der Myome, sowohl hinsichtlich des Erfolges, als auch der Ungefährlichkeit wegen vorzuziehen. Vielleicht lassen sich durch Kombination mehrerer Methoden, z. B. des Curettements und der Applikation der intrauterinen Anode noch schnellere Erfolge erzielen.

6) Ausgezeichnet sind die Erfolge der Anwendung des galvanischen Stromes bei chronischen Beckenexsudaten. Sie werden sehr oft, nachdem sie allen anderen Behandlungsweisen Trotz geboten haben, in kurzer Zeit resorbirt. Ich behandele sie stets intra-uterin, bei Komplikation mit Endometritis mit der Anode, sonst mit der Kathode. Bedingung ist, dass alle akuten oder subakuten Entzündungserscheinungen verschwunden sind.

7) Ich ziehe die Anwendung des galvanischen Stromes bei den Fällen von Endometritis der chirurgischen Behandlung vor, welche mit Entzündungen in der Umgebung des Uterus oder mit Metritis chronica komplicirt sind.

8) Ich sah ferner gute Erfolge bei der Dysmenorrhoe durch die intra-uterine Anwendung der Kathode. Ob Stenosen dauernd durch dieselbe geheilt werden, wage ich noch nicht zu entscheiden.

9) Über die Galvanopunktur bei Myomen oder Exsudaten besitze ich keine Erfahrung.

Theodor Landau (Berlin). Bemerkungen über das Thure Brandt'sche Verfahren.

Das principiell Wichtigste weil Allgemeinste von all den Angaben, die man Thure Brandt verdankt, ist seine Untersuchungsmethode. Sie führt uns weiter und klarer in die Verhältnisse ein als das alte Verfahren. Man muss dieser Methode nachrühmen, dass sie für die Kranke schmerzloser und decenter ist, als die sonst übliche Untersuchung, dass sie dem Arzt die größtmöglichste Ausnützung der Länge und Beweglichkeit seiner Hände und Finger gestattet, dass sie erlaubt, mit einer Hand beide Seiten des Beckens gleichmäßig gut abzutasten und dass sie in weit höherem Grade zunächst erfordert, dann aber lehrt, nicht bloß drückend, sondern auch fühlend, nicht nur flächenhaft, sondern auch körperlich zu touchiren. Tastsinn, Raumsinn und Muskelsinn kommen gleichmäßig gut in Aktion und Übung.

Die schwerfälligen, komplicirten und theuren Untersuchungsstühle sind bei der eben genannten Methode überflüssig, ja unbrauchbar geworden. Ein gewöhnlicher Tisch mit einer Lehne zur Stütze des Oberkörpers, ein gewöhnliches Sopha, ja das einfache Bett, sofern es nur nicht zu weich gepolstert ist, gestattet, die Kranke in die zur Untersuchung passendste Lage zu bringen.

Der Untersucher ist auch hier nicht zwischen den Knieen der Kranken oder den Beinhaltern des Untersuchungsstuhles festgebannt. Da er sich zur Seite befindet, hat er die Möglichkeit beide Arme bis hinauf zum Schultergelenk in jedem Theile seinen Zwecken dienstbar zu machen. Das ist von Werth.

Da nämlich Bewegung im Tasten nothwendig ist, so werden wir alle Gelenke, welche eine Verschiebung der Finger über dem zu betastenden Gegenstand ermöglichen, lose lassen; das sind in der That aber sämmtliche Finger-, Hand- und Armgelenke. Möglich ist das aber nur, wenn der Untersucher zur Seite der Kranken steht.

Dabei ist aber noch ein weiterer Vortheil. Man kann so die Kranke, ohne den untersuchenden Finger aus der Scheide resp. Rectum zu entfernen, von einer Lage unmittelbar in jede beliebige andere bringen. Die Gefährlichkeit ist von vielen Seiten dem Thure Brandt'schen Verfahren vorgehalten worden; nicht gerade bei der Behandlung mechanischer Störungen, z. B. Lageveränderungen, sondern bei der Behandlung entzündlicher Processe und ihrer Folgen in den Tuben, Parametrien u. dgl. Aber man vergesse nicht, dass ein rohes schädliches Eingreifen sich von selbst verbietet, wenn man die Lehre genau beherzigt, vorsichtig vorzugehen und als Messinstrument für das Maß der anzuwendenden Kraft die Schmerzensäußerung der Kranken zum Anhaltspunkt zu nehmen. Ein Zucken der nicht narkotisirten Kranken, eine abwehrende Bewegung verhütet vielen Schaden. Dann aber versucht man mit dieser Behandlung, ja mit der Untersuchung nicht gleich Alles auf einmal zu erreichen; sondern vorsichtig Schritt für Schritt geht man vor und nimmt sich Zeit. Bei diesem gewiss langweiligen, aber methotischen Verfahren ist Vortr. auf die Konstatirung von einigen alten und neuen physiologischen und pathologischen Thatsachen gekommen, die der Erwähnung werth sind.

1) Wenn man erst palpiren gelernt hat, wie der leere Uterus sich kontrahirt, so wird man bald aus der differenten Quantität und Qualität der Kontraktionen das eine Mal Myom, das andere Mal metritische Processe erschließen können. Im ersten Falle kontrahirt sich die Muskulatur ungleichmäßig, im zweiten gar nicht.

2) Auffällig ist die Veränderung, die gewisse pathologische Produkte der weiblichen Geschlechtsorgane spontan erfahren. Die häufigen Lagewechsel der Gebärmutter sind bekannt genug. Bei einer Kranken sind an einem Tage deutlich pralle Säcke zu beiden Seiten der Gebärmutter; aber ohne dass irgend ein Trauma vorangegangen, sind

dieselben anderen Tages schlaffer geworden, die Flüssigkeitsmenge in ihnen hat sich vermindert, eine Zeit darauf wieder vermehrt, und so wechselt das Spiel des Anfüllens und Entleerens.

Indem derjenige, der das Massageverfahren anwendet, gezwungen ist, selbst sich häufig von allen Veränderungen im Becken zu überzeugen, gewinnt die Diagnostik. Und es ist wirklich zweifellos, dass der Glaube an die Vollkommenheit der alten kombinirten Untersuchungsmethode, namentlich, wenn man noch Chloroform zur Hilfe nahm, unsere Kenntnisse in der Physiologie und Pathologie der weiblichen Geschlechtsorgane um Einiges zurückgehalten hat.

Diskussion: Skutsch legt Verwahrung ein gegen die aus der Rede Landau's sich ergebende Ansicht, als hätten die Gynäkologen erst durch Brandt ordentlich bimanuell zu palpiren gelernt. Bei aller Anerkennung und Verehrung, welche S. Brandt zolle, bieten aber doch seine Abweichungen von der Untersuchungstechnik nur Nebensächliches. Dass nur derjenige gynäkologische Massage ausüben könne und dürfe, welcher Meister in der gynäkologischen Untersuchung sei, habe S. schon früher aus einander gesetzt. Seine Ansicht über die, vieles sehr Werthvolle enthaltende Methode sei auch heute noch die, dass dieselbe weiter geprüft, aber noch nicht in allen ihren Einzelheiten für die allgemeine Praxis empfohlen werden soll.

Kugelmann hält die Massage für »eine Art von Onanie« und empfiehlt neuerdings gegen parametritische Exsudate Opium (0,06—0,12) per Rectum zu geben; diese Dosis wird zweistündlich wiederholt.

Landau bemerkt Skutsch gegenüber, dass die Kürze der Zeit ihm eine ausführliche Schilderung der Methode nicht gestattete und betont nochmals, dass die Methode in der Hand eines verständigen Arztes nicht gefährlich werden könne. Er meint, dass ein vorsichtiges, eventuell in mehreren Sitzungen wiederholtes Untersuchen einer nicht chloroformirten Pat. die Diagnose gewiss gefahrloser sichert, als eine durch eine Narkose unterstützte rapide Untersuchung. Und dass es mit den sicheren, nach der alten Untersuchungsmethode gewonnenen Resultaten wirklich nicht so weit her ist, als die Lehrbücher erzählen, beweist die Thatsache, dass dieselben Lehrbücher in ausgedehntem Maße zum Zwecke der Diagnosenstellung die Narkose empfehlen, welche häufig auch nichts Neues ergiebt. Im Übrigen ist es ein Irrthum anzunehmen, als ob sich die Methode von den früheren nur sehr wesentlich durch eine differente Haltung der untersuchenden Hand unterscheidet. **Temesváry** (Budapest).

Döderlein (Leipzig). Über eine vereinfachte Massagebehandlung der Retroflexio uteri.

Die günstigen Erfolge mit der Thure Brandt'schen Massage bei Retroflexio uteri veranlassten Vortr. zu prüfen ob nicht in ein-

zelnen Fällen mit einer weniger komplicirten und zeitraubenden mechanischen Behandlung des Corpus uteri allein dauernde Heilung zu erzielen sei in den Fällen, in welchen die Ursache für die Retroflexion in der Erschlaffung des Uterus selbst liegt.

Er übte zunächst die die Uterusmuskulatur aus ihrem erschlafften Zustand in den früheren tonischen zurückführende Massage des Corpus vom Fundus nach dem inneren Muttermund zu in der von Brandt angegebenen Weise. In der Regel verkleinert sich das Corpus schon nach wenigen Sitzungen beträchtlich und man fühlt jedes Mal unter den Händen den Uterus erhärten.

Um nun zugleich die normale Anteflexionsstellung herzustellen, komprimirte D. das Corpus in der Weise, dass die in der Scheide befindlichen Finger die Portio von hinten unten nach vorn oben, und die andere Hand von außen das Corpus nach unten und hinten auf die Portio drückte. Der Uterus wurde also in Anteflexion in sich zusammengeknickt. D. sieht die Wirkung dieser forcirten Kompression in einer Überdrehung der bei Retroflexion verkürzten hinteren Wand des Uterus. Man kann dabei, wenn Entzündung am und um den Uterus nicht vorhanden ist, große Kraft entwickeln, ohne Schmerzen zu verursachen. Unter 6 so behandelten Fällen konnte D. 4 innerhalb 2—4 Wochen bei täglichen Sitzungen nicht über 5 Minuten den retroflektirten Uterus in dauernde Anteflexionsstellung bringen.

Die große Einfachheit dieser Manipulation dürfte einen Versuch mit derselben stets rechtfertigen, auch wenn dieselbe nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen Heilung bringt.

Besonders empfiehlt sich diese Massage bei Retroflexionen, die im Anschluss an ein Puerperium entstanden sind.

Temesváry (Budapest).

A. Sabatier (Lyon). Becken mit doppelter Synostosis sacro-iliaca ohne quere Verengerung.

S. erwähnt vor Allem, dass die bisher gekannten etwa 12 Becken mit doppelter sacro-iliacaler Ankylose zwei Formen unterscheiden lassen. 1) Die sog. Robert'schen Becken, die spontanen Ursprungs, durch ein Einsinken des Sacrum in das Beckeninnere charakterisirt sind. Diese Verlagerung ist durch die Atrophie der Kreuzbeinflügel bedingt. Das Gewicht des Rumpfes zwingt während des Stehens das Sacrum nach und nach herabzusinken. Die Gelenkligamente werden gezerrt und erzeugen in einer zweiten Phase durch eine adhäsive Arthritis die Ankylosis sacro-iliaca. Durch die Atrophie der Flügel entsteht eine bedeutende Verkürzung der Querdurchmesser. 2) Die zweite Form: die Robert-Dubois'schen Becken sind traumatischen Ursprungs. Beckenbrüche, Gelenkentzündungen (meist eitrige), Ankylose und Atrophie der Flügel erzeugen schließlich wie im ersten Fall eine quere Verengerung. Nur sinkt hier das Sacrum

nicht in das Becken ein und geht eine Arthritis der Atrophie voran. 3) Diesen 2 schon beschriebenen Typen muss eine dritte Form beigefügt werden, die durch das einzige durch den Vortr. demonstrirte Exemplar repräsentirt wird. Es handelt sich um das Becken einer erwachsenen Frau, das eine doppelseitige Ankylosis sacro-iliaca spontanen Ursprungs und ohne eine Spur entzündlicher Erscheinungen aufweist. Es ist dies jedoch kein wirkliches Robert'sches Becken, denn es giebt hier kein Einsinken des Kreuzbeins in das Becken, keine sacrale Atrophie und daher auch keine Verkleinerung der Querdurchmesser.

Die allgemeine Form ist die eines gleichmäßig verengten Beckens. Statt 11, 12 und 13 cm betragen die Maße der oberen Beckenenge 10, 11 und 12 cm.

In Anbetracht dessen, dass das Kreuzbein von einer absoluten Geradheit seinen infantilen Typus bewahrt hat und nicht gekrümmt ist, glaubt S., dass das Leiden aus den ersten Lebensjahren herrührt und rachitischer Art war. **Temesváry** (Budapest).

G. Edebohls (New York) demonstrirt:

a) Ein verbessertes antiseptisches Schloss für chirurgische Instrumente. Die Verbesserung besteht in dem Ersatz der korrespondirenden Perforation der anderen Seite — welche beide schwer zu reinigen — durch eine runde, sphärische Erhöhung auf der einen Seite und eine korrespondirende Aushöhlung der anderen Seite. Es werden verschiedene mit diesem Schloss versehene Instrumente vorgelegt.

b) Ein selbsthaltendes Rinnenspekulum mit hohlem Griffe zum Abfluss von Irrigationsflüssigkeiten für Untersuchungen und Operationen in der Steißrückenlage. Selbsthalten wird durch die Form des Instrumentes erzielt, das Spannen des Perineum durch ein unten angehängtes, etwa einen Liter Wasser enthaltendes Gefäß besorgt. Der bisher zum Halten des Spekulums nothwendige Assistent fällt durch diese Vorrichtung weg.

c) Einen antiseptischen Laparotomietisch mit verbesserter Vorrichtung für den Abfluss von Irrigationsflüssigkeiten. Derselbe besteht gänzlich aus von Sublimat nicht afficirbarem, galvanisirtem Eisen und Glas. Ersteres bildet das Gestell, zwei geschliffene, polirte Glasplatten die Oberfläche des Tisches. Auf der einen Glasplatte ruht die Pat. mit Kopf und Oberkörper. Auf diese Platte, welche nie benässt wird, werden die Kleider behufs Trockenhaltung heraufgezogen. Der Unterkörper und obere Theil der Schenkel ruhen ohne Zwischenlage auf der zweiten Glasplatte. Diese letztere gestattet den freien Abfluss aller Flüssigkeiten über jede der vier Kanten — oben, unten, rechts und links — in einen breiten, unterhalb angebrachten Trog. Der Trog sammelt die Flüssigkeiten und leitet dieselbe mittels einer Röhre in ein großes unter dem Tisch

stehendes Gefäß. Diese Einrichtung ermöglicht es, Irrigationsflüssigkeiten in beliebiger Menge zu verwenden, ohne Besorgnis um den Abfluss, und ohne Operateur, Assistenten oder die Kleidung der Pat. im geringsten zu benässen. Die Glasplatten und der Trog sind behufs Reinigung derselben und des Gestells entfernbar. Die ganze Konstruktion ist äußerst einfach und lässt der Tisch in Bezug auf Antisepsis nichts zu wünschen übrig. **Temesváry** (Budapest).

Hermann Freund (Straßburg) demonstrirt eine Serie von Durchschnitten durch das normale und erkrankte Beckenbindegewebe und bespricht die einschlägigen Krankheitsformen. (Parametritis acuta, Abscess, Parametritis chronica atrophicans, Echinococcus, Tumor ovarii intraligam.) Er betont die Wichtigkeit des Studiums der Veränderungen der Beckenbindegewebe auf Horizontal- und Sagittalschnitten. **Temesváry** (Budapest).

Veit (Berlin). Über Hämatocele und Hämatom.

Vortr. schlägt strenge Einhaltung der verschiedenen Namen für Blutergüsse in der Umgebung der weibl. Genitalien vor. Hämorrhagia intraperitonealis, die freie Blutung in die Bauchhöhle, Hämatocele, die abgekapselte Blutung in die Bauchhöhle, Hämatoma, die Blutung ins Bindegewebe. Aus einer freien Blutung in die gesunde Bauchhöhle entsteht niemals eine Abkapselung; kommt die Blutung zum Stillstand, so wird das Blut resorbirt; sonst führt dieselbe bei ihrer Andauer zum Tode, weil intraperitonealer Druck auf die blutende Stelle nicht genügt. Vorbedingung zur Entstehung einer Hämatocele ist entweder völlige, vorherige Abkapselung über der blutenden Stelle oder langsam erfolgende Blutung (regelmäßige Art der Blutung bei Tubenschwangerschaft) in eine schon vorher mit mehr oder weniger zahlreichen Verwachsungen versehene Bauchhöhle. Beim Hämatom erfolgt die Blutstillung durch den Druck des nach außen mit Peritoneum bekleideten Bindegewebes.

Die Diagnose auf freie Blutung in die Bauchhöhle gründet sich auf die allgemeinen Zeichen der Anämie ohne jeden Befund objektiver Art in der Bauchhöhle, wenn man jede andere innere Blutung ausschließen kann. Freies Blut in der Bauchhöhle kann weder flüssig noch koagulirt gefühlt werden. Die differentielle Diagnose zwischen Hämatocele und Hämatom ist meist leicht und in schwierigen Fällen erfahrungsgemäß unwichtig. Nothwendig ist bei beiden Erkrankungen der Befund eines Tumors.

Therapeutisch ist Einheit schon vorhanden über die Principien bei Hämatom und Hämatocele. Bei freier Blutung in die Bauchhöhle, völlig negativem Untersuchungsbefund und schweren Allgemeinerscheinungen, muss die Bauchhöhle eröffnet werden. Vortr. empfiehlt zur schnellen Übersicht die Operation mit stark erhöhtem Becken und behufs vollständiger Sicherheit der Blutstillung (bei Her-

kunft der Blutung aus einer Tube) die Unterbindung der Uterina oder Spermatica in ihrer Kontinuität.

Diskussion: L. Landau. Die Bildung der Hämatocele retrouterina kann, wie ich, im Gegensatz zu dem Herrn Vorredner, behaupten muss, auch aus der Graviditas tubaria mit Platzen des Eies oder einer anderen Extra-uterin-Gravidität hervorgehen. Neben den hierfür von J. Veit angegebenen beiden Verlaufsarten der freien Blutung, Resorption oder Verblutung ist dieses der 3. Ich behaupte dies im Übrigen nicht bloß, sondern kann es beweisen. Ich habe Fälle von ektopischer Schwangerschaft expektativ behandeln müssen, bei welchen offensichtlich eine freie Blutung stattgefunden hatte. Nachdem aber war eine Abkapselung, eine Hämatocelenbildung erfolgt. Die Nothwendigkeit, sie zu incidiren, zeigte die Richtigkeit der Diagnose und damit des hier geschilderten Ausganges. Im Übrigen ist es bei erheblichen Quantitäten Blut in der Bauchhöhle durchaus nicht schwer, dieselben durch Perkussion nachzuweisen.

Dass Blut in die freie Bauchhöhle ergossen nicht gerinnt, so lange es mit lebendigem Epithel zusammenkommt, ist bekannt. Es braucht aber nur aus irgend einem Grunde Epithel am Peritoneum abzusterben, vielleicht unter dem Einflusse stagnirenden Blutes selbst. Ist aber erst Gerinnung eingetreten, so kommt die Bildung von Pseudomembranen und Abkapselung, so erfolgt Gerinnung.

Kaltenbach (Halle). Erfahrungen über Uterussarkom.

K. demonstrirt 7 Fälle von Uterussarkom, welche die verschiedenen Formen, Stadien und Kombinationen der Erkrankung fast vollständig darbieten. Zweimal saß die Erkrankung ausschließlich im Corpus uteri, dreimal ausschließlich im Collum. Zweimal war sowohl Collum als Corpus uteri erkrankt. Zwischen dem Sarcoma fibrosum und dem diffusen Schleimhautsarkom kamen mannigfache Übergänge vor. Einmal war ein kindskopfgroßer sarkomatöser Polyp des Collum uteri vorhanden; gleichzeitig war die ganze Innenfläche des Collum uteri von einem diffusen Schleimhautsarkom eingenommen und im Fundus uteri saß überdies noch ein sarkomatös degenerirtes Myom.

In einer weiteren Beobachtung fanden sich neben einem in der ganzen Wanddicke erkrankten Collum mehrere haselnussgroße isolirte Geschwulstherde im Uteruskörper, welche von einer hämorrhagischen Flüssigkeit mit weichen hirnmarkähnlichen Massen erfüllt waren. Zwei gleichartige metastatische Knoten saßen in der Nähe der Urethralmündung und wurden mit exstirpirt.

In allen 7 Fällen wurde der Uterus, nachdem die Diagnose auf mikroskopischem Wege festgestellt war, total exstirpirt. 6mal gelang dies per vaginam. In einem siebenten Falle musste wegen zu bedeutender Größe des Corpussarkoms die ventrale Methode eingeschlagen werden. Es wurde zunächst das Collum von der Vagina

aus möglichst hoch ausgelöst und sodann mit einer elastischen Ligatur umschnürt, um das Ausfließen der stinkenden Jauche zu verhindern. Sodann wurde die Laparotomie gemacht und der Uterus nach Unterbindung der Spermaticalbündel vollends exstirpirt. Die transversale Bauchfellwunde ließ sich exakt durch Naht verschließen, die unterbundenen Spermaticalbündel wurden nach der Scheide evertirt.

Sämmtliche Kranke überstanden den Eingriff glatt. Zwei sind indess nach 4—8 Monaten einem Recidiv erlegen; beide Fälle waren sehr weit vorgeschritten und kamen verspätet zur Operation; einmal bestanden schon Metastasen in der Vagina. Von den übrigen Kranken ist eine nun $2^1/_2$ Jahr p. o. gesund und thut schwere Feldarbeit. Die übrigen Fälle befinden sich alle z. Z. noch wohl, sind aber erst im Verlaufe des letzten Jahres operirt.

Über Symptome und klinische Erscheinungsweise kann ich nichts Besonderes resp. Neues mittheilen. Vom diagnostischen Standpunkte aus möchte ich anführen, dass in einem Falle die fetzigen von der Uterusinnenfläche herabhängenden Geschwulstmassen ein in Lostrennung begriffenes Abortivei resp. Decidualfetzen vortäuschten, so dass die Operation trotz mikroskopischer Diagnose zunächst und zwar zum Nachtheil der Kranken verschoben wurde.

Die Kranken standen im Alter von 25—47 Jahren.

Das Recidiv trat in den beiden oben erwähnten Fällen in Form diffuser Knoten in Becken und Bauchhöhle auf; einmal kam es durch Druck auf die Ureteren zu absoluter Harnverhaltung in den Nierenbecken und Urämie.

In einem achten Falle, in welchem ich bei einem 15jährigen Mädchen den bis zum Nabel reichenden Uterus supravaginal amputirt hatte, trat das Recidiv in Form multipler Knoten in den retroperitonealen Lymphdrüsen an beiden Seiten der Wirbelsäule auf und führte nach $1^1/_2$ Jahren p. o. zum Tode.

Ein neunter Fall, welcher wegen weit vorgeschrittener Erkrankung (Durchbruch des Uterus, Peritonitis) nicht mehr operirt werden konnte, ist ätiologisch von Interesse, da die Pat. $1^1/_2$ Jahr zuvor in der Klinik von einer kolossalen Blasenmole entbunden worden war. Da eine identische Beobachtung von Leopold vorliegt, so kann wohl nicht daran gezweifelt werden, dass das Corpussarkom seinen Ausgangspunkt von einzelnen in der Uteruswand zurückgebliebenen Theilen der Myxoma chorii genommen hat. Wir gewinnen damit einen neuen Anhaltspunkt für den zuerst von Virchow hervorgehobenen Geschwulstcharakter des Myxoma chorii, welcher gleich einer malignen Neubildung der Uteruswand zu destruiren, ja zu perforiren vermag. Die Thatsache, dass die Mutter von einem erkrankten Eie aus durch eine maligne Neubildung inficirt werden kann, ist eben so vom klinischen wie vom allgemein pathologischen Standpunkte aus von Interesse.

Temesváry (Budapest).

Calderini (Parma). Künstliche Frühgeburt.

(Auszug aus der historischen, Italien betreffenden, dem Kongress vorgelegten Abhandlung über obiges Thema.)

1) Im Interesse des Kindes soll man bei rachitischen Becken unter 75 mm Conjugata vera von der Einleitung der künstlichen Frühgeburt abstehen.

2) Bei verengerten, nicht rachitischen Becken gestatten die antiseptischen Vorsichtsmaßregeln, die künstliche Frühgeburt bis zu 85 mm Conjugata vera und mehr noch bei gewissen Fällen einzuleiten.

3) Die Sterblichkeit der lebend geborenen Kinder in Folge der künstlichen Frühgeburt kann mittels besonderer Pflege vermindert werden.

4) Die antiseptischen Vorsichtsmaßregeln haben bei vielen, die Schwangerschaft komplicirenden Krankheiten die künstliche Frühgeburt zu einem großen therapeutischen Hilfsmittel gemacht.

5) Die besten Methoden, die künstliche Frühgeburt einzuleiten, sind bei verengerten Becken die durch den Fergusson'schen Mutterspiegel mittels der gewöhnlichen Spülkanne angewendeten warmen Duschen und die Einführung einer vollen Bougie bis auf den Grund der Gebärmutter. Bei den Krankheitsfällen ist es oft dienlich, die Punktur der Häutchen mit den oben erwähnten Methoden zu verbinden.

Vergleichende Tabelle der Ergebnisse der verschiedenen in Italien bei den Beckenverengerungen angewendeten operativen Methoden.

(Nach den neuesten, meistens nicht herausgegebenen und nicht ausgewählten Statistiken zusammengestellt.)

Operation	Zahl der Fälle	Sterblichkeit der Mütter		Sterblichkeit des Kindes	
1) Wendung	65	3	4,30%	20	32,30%
2) Geburtszange bei der oberen Verengerung des Beckens .	193	14	7,25%	45	23,31%
3) Durchbohrung	144	20	13,88%	—	—
4) Kaiserschnitt (Porro) . . .	59	19	32,20%	9	15,51%
5) » (Sänger) . .	23	10	43,47%	2	8,69%
6) Künstliche Frühgeburt . .	305	4	4,59%	82	26,88%
7) Symphysiotomie	23	3	13,04%	5	21,74%

1) Mailand, 28 Fälle (1880—1890). Turin, 15 Fälle (1885—1890). Florenz, 14 Fälle (1887—1890). Parma, 8 Fälle (1884—1889).

2) Mailand, 25 Fälle (1875—1879) und 43 Fälle (1880—1889). Florenz, 10 Fälle (1887—1889). Turin, 27 Fälle (vor 1884) und 37 Fälle (1885—1890). Palermo, 3 Fälle. Parma, 8 Fälle (1884 bis 1889).

3) Mailand, 32 Fälle (1875—1879) und 52 Fälle (1880—1889). Turin, 24 Fälle (1885—1890). Florenz, 14 Fälle (1887—1889). Palermo, 19 Fälle. Parma, 3 Fälle (1884—1890).

4) Vom 1. Oktober 1884 bis zum 31. December 1889 und 4 spätere Fälle.

5) Von 1880 bis zum April 1890.

6) Rom, 63 Fälle (1878—1888). Turin, 39 Fälle (1884—1889). Florenz, 29 Fälle (1883—1885 und 1888—1889). Mailand, 31 Fälle (1883—1889). Bergamo, 26 Fälle (1884—1890). Cremona, 24 Fälle (1877—1890). Palermo, 28 + 6 Fälle (1874—1890). Neapel, 21 Fälle (1877—1890). Novara und Venedig, 12 Fälle (1883—1885 und 1885 bis 1889). Pavia, 9 Fälle (1884—1890). Parma, 13 Fälle (1873 bis 1890). Bologna (Entbindungsanstalt), 4 Fälle (1888—1890).

Aus obiger Tabelle ist zu ersehen, dass die Sterblichkeit der Mutter von der Wendung an bis zur künstlichen Frühgeburt, zur Symphysiotomie, zur Geburtszange, zur Perforation, zum Kaiserschnitt Porro und zum Kaiserschnitt Sänger stets steigt.

Die Sterblichkeit des Kindes bei der Niederkunft steigt von der Operation Sänger an bis zur Operation Porro, zur Symphysiotomie, zur Geburtszange, zur künstlichen Frühgeburt und zur Wendung.

In Folge dessen sollten bei Beckenverengerungen die künstliche Frühgeburt unter 75 mm Conjugata vera, wenn die Mutter rechtzeitig erscheint, und die Wendung zur bestimmten Zeit, vorzüglich mit dem bipolaren Verfahren, vorgezogen werden.

Im Interesse des Kindes sollte der Kaiserschnitt vorgezogen werden; abgesehen jedoch von anderen Beweggründen ist die Sterblichkeit der Mütter in Folge dieser Operation noch zu groß, als dass man ihr in den Fällen den Vorzug geben sollte, bei welchen die künstliche Frühgeburt, die Wendung oder die Geburtszange, deren Ergebnisse noch gebessert werden können, anwendbar sind.

Korreferent Dohrn (Königsberg): Bei Schwangeren mit Beckenenge mittleren Grades (7—8 cm Conjugata vera) ist in der Regel die künstliche Frühgeburt als das geeignetste Entbindungsverfahren anzusehen. Für derartige Fälle ist der Werth der künstlichen Frühgeburt auch durch die neuerdings gebesserten Resultate des Kaiserschnittes und der Perforation nicht erschüttert worden.

I. Resultat für die Kinder.

271 künstliche Frühgeburten lieferten 163 = 60,1 % lebende Kinder.

171 rechtzeitige Geburten derselben Mütter 50 = 29,2 % lebende Kinder.

II. Resultat für die Mütter.

318 künstliche Frühgeburten ergaben 16 = 5 % Todesfälle.

215 Perforationen (Berlin, Halle, Leipzig) ergaben 12 = 5,6 % Todesfälle.

23 Kaiserschnitte (Leopold) ergaben 2 = 8,6 % Todesfälle.

87 % der Kinder erhalten.

Diskussion: Sänger (Leipzig): Man wird sich gewiss nicht wundern, dass ich hier zu Gunsten des Kaiserschnittes eine Lanze breche. Die 43 % Mortalität der italienischen Statistik Calderini's dürfen Niemand schrecken. Die Gesammtzahl der nach modernen Grundsätzen operirten Kaiserschnittfälle beträgt jetzt weit über 250 mit einer Mortalität von ca. 22 %. Man muss aber mehr auf Einzel-Statistiken sehen: da figuriren Leopold mit 42 Fällen und 4 Verlusten, Zweifel mit (Zuruf) 22 Fällen und 1 Verlust, Schauta mit 15, von der Mey und ich selbst mit je 7 ohne Todesfall, d. i. eine Mortalität von etwas über 5 %. Bei solchen Resultaten darf man doch im Interesse der Kinder an eine gewisse Einschränkung der künstlichen Frühgeburt zu Gunsten des Kaiserschnittes denken.

Ein Blick auf die Tabelle von Dohrn lehrt, dass die Resultate für die Kinder heute noch fast eben so schlechte sind als früher. Uber diese ungünstige und bei der Natur der Sache nie sonderlich zu bessernde Prognose für die Kinder wird zu leicht hinweggegangen, trotzdem man die künstliche Frühgeburt doch schließlich gerade um eines lebenden Kindes willen einleitet. Lässt man aber den Kaiserschnitt für die relative Indikation im Princip zu, so muss man ihn auch für solche Fälle in Betracht ziehen, wo bei künstlicher Frühgeburt die Gewinnung eines lebenden Kindes zweifelhaft wird, d. i. besonders bei den höheren Graden von Beckenenge, für welche die künstliche Frühgeburt eben noch zulässig ist, um so mehr, als der Kaiserschnitt ohnehin in Frage kommt, so wie der richtige Termin für die letztere versäumt wurde. Weiterhin dürfte der Kaiserschnitt die gemäße Operation sein, so wie einmalige oder wiederholte künstliche Frühgeburt nur todte oder zu schwache, alsbald erlegene Kinder ergeben hatte. Diese Fälle, für welche nach meiner Meinung der Kaiserschnitt vor der künstlichen Frühgeburt den Vorrang haben sollte, sind es, welche sonst die Procentzahlen für das kindliche Leben so tief herabdrücken: man entlaste die künstliche Frühgeburt von diesen dem Kaiserschnitt zu überweisenden Fällen und die Prognose für die Kinder wird in den Procentzahlen der künstlichen Frühgeburt als weit bessere hervortreten.

Löhlein (Gießen) hat sich von dem hohen Werth der künstlichen Frühgeburt bei Becken von 7—8 cm Conj. vera von Jahr zu Jahr mehr überzeugt. Er wendet sich entschieden gegen die von verschiedenen Seiten aufgestellte Behauptung, dass durch die günstigen Resultate der Sect. caes. das Gebiet der künstlichen Frühgeburt eingeschränkt werde. Wo man von ihr mit Recht überhaupt erwarten könnte, dass sie die aus den räumlichen Verhältnissen erwachsenden Gefahren für Mutter und Kind zu beseitigen vermöchte, käme sie — und nur sie — in Betracht, nicht aber der Kaiserschnitt. Eingeengt würde durch den Kaiserschnitt das Gebiet des künstlichen Abortus und vor Allem das der Verkleinerungsoperationen an der lebenden oder doch nicht sicher abgestorbenen Frucht. L. belegt seine Auffassung durch einen drastischen Fall

aus der Gießener Klinik. — Er leitet übrigens die Frühgeburt lieber in der 35.—36. Woche als in der 34. ein. Die Mortalität der Mütter war bei ihm gleich 0. Aber auch die Kinder wurden mit seltenen Ausnahmen am Leben erhalten, hauptsächlich wohl aus dem Grunde, weil in der großen Mehrzahl der Fälle der gute Wille, sie am Leben zu erhalten, bei den Müttern vorausgesetzt werden konnte.

Fehling: Seine Berechtigung, ein Wort in der Debatte mitzureden, leitet Redner aus dem Umstande her, dass er über ein Material von über 60 Frühgeburten verfügt, mit ca. 80 % lebend entlassenen Kindern, ohne 1 Todesfall der Mutter. Wenn Herr Sänger den nach künstlicher Frühgeburt aus der Klinik lebend entlassenen Kindern eine schlechte Prognose giebt, weil es »klinische« Früchte seien, so gilt dasselbe doch im gleichen Maße für die durch Kaiserschnitt erzielten lebenden Früchte; auch diese sind »klinische« Früchte, und es wird wohl für die meisten dasselbe zutreffen, wie für die Früchte der ledigen Personen, welche zum 2. und 3. Mal die Anstalt aufsuchen, bei welchen nicht bloß 50 %, sondern 70—80 % nach einem Jahr nicht mehr am Leben sind.

Redner möchte hauptsächlich einiger Punkte der Therapie gedenken; das Hauptbestreben muss jetzt dahin gerichtet sein, Mittel zu finden, bei welchen leicht eine sekundäre Infektion zu vermeiden ist; dies sind besonders die Mittel, welche vom Cervix aus wirken, der leicht vorher vollständig zu desinficiren ist; er empfiehlt daher besonders die von Hofmeier eingeführte Jodoformgazetamponade oder den von ihm modificirten Barnes'schen Cervicalkolpeurynter. Beide werden in Seitenlage mittels Sims' Spekulum eingelegt.

Leider wirkt die Jodoformgaze nicht sicher, manchmal treten schnell Wehen auf, andere Male lassen dieselben trotz tagelanger Anwendung im Stich. Ist einmal Wehenthätigkeit erregt und der Cervix für 1—2 Finger durchgängig, dann frühzeitige Wendung auf 1 Fuß nach Braxton Hicks; hierdurch entgeht man am besten den Gefahren der Wehenschwäche, welche so leicht bei längerer Dauer zu Endometritis sub partu und dann zu hoher Zange oder zu später Wendung mit schlechtem Resultat fürs Kind führt.

B. Dobronravow (Kiew). 1) Bei der Beurtheilung der Frage über Indikationen und Methoden der Ausführung künstlicher Frühgeburt ist es richtiger sein Urtheil nicht auf eine große Anzahl oberflächlich beobachter Fälle zu gründen, sondern man gebe den mehr einheitlichen, mit aller Ausführlichkeit untersuchten Fällen den Vorzug.

2) Bei der Prüfung der Fälle mit verengten Becken, wo die inneren Dimensionen des Beckens nur von ungeübten Ärzten gemessen werden, muss man äußerst vorsichtig sein, um keinen falschen Schluss zu erhalten.

3) Eine mathematisch genaue Größe der Durchmesser für jeden gegebenen Fall festzustellen, ist gegenwärtig noch nicht möglich. Der Unterschied von 0,5 cm in den äußeren Dimensionen und von

1 cm bei der Bestimmung der inneren Conjugata muss unbedingt vorhanden sein.

4) Sogar bei unseren im Verkauf cirkulirenden Beckenmessern befindet sich nicht selten ein Unterschied von 0,5 cm.

5) Die Unmöglichkeit den mathematisch genauen Durchmesser des Beckens zu erhalten, die Unbekanntheit des Köpfchens, des Grades seiner Verknöcherung, der Fähigkeit zu konfiguriren, der Kraft der Wehen, die im gegebenen Falle sein sollen, erlauben uns noch nicht, die Zeit der Einleitung der für das Leben beider segensreichen Operation künstlicher Frühgeburt genau zu bestimmen.

6) Von einer absolut unbedingten Prognose vor dem Vornehmen einer solchen Operation kann auf Grund alles oben Gesagten nicht die Rede sein.

7) Desshalb kann man bei den jetzt positiveren Resultaten, die man beim Ausgang der Laparotomien erhält, da, wo die dazu günstigen Umstände vorhanden sind: Einrichtung, Personal, geübte Hände, da kann man der konservativen Methode des Kaiserschnitts vor der Operation der künstlich hervorgerufenen Frühgeburt den Vorzug geben.

8) Da aber, die soeben aufgezählten Bedingungen gegenwärtig sehr theuer und selten sind, so ist die 7. These nicht zur allgemeinen Anwendung zu empfehlen.

9) Die vor der 34. Woche zur Welt geförderten Kinder können allenfalls nur unter ausnahmsweise günstigen Bedingungen ein selbständiges Leben führen.

10) Die Methode der Einleitung der Geburt vermittels vorhergehenden Vorbereitungen durch Kiwische Duschen und mit allmählicher Erweiterung des Gebärmutterhalses durch quellende Mittel entspricht den Wirkungen der Natur am meisten und giebt erfahrungsgemäß auch einen mehr regelmäßig verlaufenden Gebärprocess.

11) Obgleich man bei einer solchen künstlichen Einleitung des Gebärprocesses während seines Verlaufes eher auf verschiedene ungünstige Komplikationen rechnen kann, so hing bei den früheren Geburtshelfern die Mehrzahl der Fälle mit ungünstigem Ausgang nicht von diesen Komplikationen ab.

12) Es unterliegt keinem Zweifel, dass nicht wenige solcher Mütter nach der Entbindungszeit durch Ansteckung während der Geburt starben.

13) Bei der Operation der künstlichen Frühgeburt erscheint die Zange, bei ihrer zusammendrückenden Kraft, wenn sie mit Verstand angewandt wird, als Rettungsmittel für das Leben beider.

14) Gleichwohl muss bei engem Becken und beweglicher Frucht die Wendung mit darauf folgender Extraktion des Köpfchens durch äußeres Hervorpressen, wie dies besonders Winckel empfiehlt, als öfteres sicheres Mittel bei der künstlich eingeleiteten Frühgeburt angesehen werden.

Sänger (Leipzig). Über Drainage der Bauchhöhle bei Laparotomien.

Vollständiger Schluss der Bauchhöhle auch nach »unreinen Laparotomien« ist dermalen die Losung der meisten deutschen Operateure, einestheils in Folge theoretischer Arbeiten (von Grawitz, Waterhouse u. A.), welche die enorme Resorptionskraft des gesunden Peritoneum selbst pathogenen Keimen gegenüber dargethan haben, anderntheils in Folge der durch weitere Fortschritte der Technik, insbesondere durch den Übergang zur Asepsis bei uns erzielten, ausgezeichneten klinischen Resultate. Diese werden aber erreicht, ja zum Theil übertroffen von denjenigen tonangebender englischer und amerikanischer Operateure (Lawson Tait, Bantock, Keith, Gill Wylie, Penrose, Cushing u. A.), welche sich in ausgedehntem Maßstabe der Drainage bedienen. Mehr und mehr hat sich auch Vortr. derselben zugewandt und erblickt in ihr eine rationelle, einem anerkannten allgemein-chirurgischen Grundsatze entsprechende Maßregel, welche bei bestimmten Indikationen eingeleitet geeignet ist, in einer Reihe von Fällen den Verlauf nach der Operation minder kritisch zu gestalten, in einer anderen geradezu den Ausgang in Heilung zu entscheiden.

Geschichtlich ist als erste Etappe der Bauch-Drainage anzusehen die Einführung der Glas-Drains durch Koeberlé (1867), als zweite die der Kapillar-Drainage durch Hegar (1881), als dritte, erst jetzt erreichte, ihre aseptische Gestaltung.

In technischer Beziehung ist zu unterscheiden: 1) die reine Röhren-Drainage mittels gebogener oder gerader Glasröhren, 2) die intra-abdominale Tamponade mittels hydrophiler Gaze; 3) die kombinirte Drainage mittels Glasröhren, welche mit hydrophilen Stoffen ausgefüllt werden. Vortr. bedient sich am meisten des letzteren, ausnahmsweise des zweiten, niemals des ersteren Verfahrens. Die zur Verwendung kommenden gekrümmten Glasdrains sind von verschiedener Länge, entsprechen je nachdem in ihrer Krümmung einem Viertel- oder Halbkreisbogen, sind bei einer Lichtweite von 1 cm von zahlreichen seitlichen Öffnungen, die 1 mm nicht überschreiten, durchbohrt. Durch Abseifen, Auskochen und Aufbewahrung in Sublimat (1 : 500) aseptisch gemacht, wird das Drain beim Gebrauch von letzterem befreit und in den Douglas eingebracht, so dass es mit seiner unteren konkaven Seite dem Uterus annähernd aufliegt. Solche gekrümmte Drains tauchen sicherer in den trocken zu legenden Sekretionsherd ein als gerade, wie sie von den englischen und amerikanischen Operateuren gebraucht werden, und können weder mit Darm noch mit Netz in Konflikt kommen.

Nach Schluss der Bauchhöhle nochmaliges Ausdrücken von Flüssigkeit durch seitlichen Druck, dann mittels feiner dem Drain genau parallel gebogener Kupfersonde Einschieben einer aseptischen Gazewieke — keine Dochte, die ja nichts Anderes sind als Watte-

stränge — bis hinab zur untersten Mündung des Drains. Wechsel der Gaze so lange, bis zur Zeit keine nennenswerthe Flüssigkeitsmenge mehr herauszuholen ist. Dann Aufschichtung von Gaze und Holzwolle-Watte; darüber hermetisch schließender Heftpflasterverband mittels Stücken von Taschentuchgröße, die noch durch Streifen zu allseitig glattem Anlegen gebracht werden. — Erster Verbandwechsel nicht vor 24 Stunden! Also kein Ansaugen mittels Spritze (Sucker), sondern Ausnutzung der kapillar ansaugenden Verbandstoffe bis zu völliger Durchtränkung. Verbandwechsel mit streng aseptischen Vorkehrungen: dabei so lange mittels der Drainsonde schmale Gazewieken in das Drain hinabgeschoben, bis nahezu alles Sekret aufgetupft ist. Sekundäre septische Infektion ausgeschlossen. Weiterer Verbandwechsel nach 24, u. U. erst 48 Stunden. Entfernung des Drain am 3., 4. Tag, wofern die Sekretion aufgehört hat, sonst am 6., 8. Tag eventuell noch später.

Zur Beurtheilung der Leistungen der Drainage können nur die klinischen Beobachtungen maßgebend sein. Die von Heinricius, Löbker, Delbet an Leichen und Thieren angestellten Experimente haben daher keinerlei Beweiskraft. Es handelt sich auch gar nicht um Drainage der ganzen Bauchhöhle, sondern um solche spaltartiger Räume meist in der Gegend des Douglas, der Adnexa uteri, des Uterus, um Ausheberung, centrifugale Herausförderung von Sekreten, welche sich nach der Operation ansammeln, gleichsam in statu nascendi, damit um Trockenlegung jener secernirenden Spalträume, welche nach den Untersuchungen von Coe, Mundé, van Stockum und Treub schon nach 2—3 Tagen von der übrigen Bauchhöhle abgeschlossen werden.

Die Drainage wirkt so als Sicherheitsventil, indem sie den Sekreten ein Entweichen nach außen ermöglicht, welche, wenn in die Bauchhöhle eingeschlossen, Nährmaterial für septische Infektion abgeben können. Wer Gelegenheit hatte, annähernd gleichartige mit und ohne Drainage behandelte Fälle zu beobachten, erkennt bald, dass die drainirten Fälle einen weniger kritischen, eben von den Gefahren der Nachsekretion, der Blutferment-Intoxikation freien Verlauf darbieten.

Die intraperitoneale Gaze-Tamponade (Mikulicz, Fritsch, Pozzi, Treub, Hahn etc., vom Vortr. 1881 nach der vagin. Totalexstirpation, 1884 bei Laparotomien zum ersten Male angewendet) hat als reine Kapillardrainage innerhalb der freien Bauchhöhle große Misslichkeiten: die innere Gaze ist in kürzester Zeit vollgesogen, während die außen aufgelegte Gaze dem nur wenig abzuhelfen vermag; ein Wechsel der inneren Gaze ist unmöglich; beim Herausziehen derselben streift man die in ihr enthaltene Flüssigkeit ab und läuft dieselbe in die Bauchhöhle zurück. Nachdem Vortr. die Erfahrung gemacht hatte, dass gerade bei solchen Fällen, wo diffuse durch Ligaturen nicht zu beherrschende Blutung die Indikation zur intraperitonealen Tamponade abgab, auch die kom-

binirte Glas-Gazedrainage dasselbe leistete ohne die Unzulänglichkeiten jener, so wandte er die reine Gaze-Drainage resp. Tamponade nur noch bei intra-ligamentären, retroperitonealen Höhlenwunden an.

Die ventro-vaginale Drainage, welche bis in die neueste Zeit von A. Martin, sonst einem Gegner der Drainage, bei Myomektomien angewandt wurde, ist gleichfalls entbehrlich, da eine rein ventrale Ableitung der Sekrete in vollkommener Weise möglich ist. Auch kann und muss, zu Gunsten der trockenen Toilette der Bauchhöhle, die Auswaschung derselben, auf deren Gefahren besonders Polaillon und Delbet hingewiesen haben, äußerst eingeschränkt werden.

Bezüglich der theoretischen Begründung der Indikation zur Drainage sei auf die vom Vortr. veranlasste Arbeit von Lande (Arch. f. Gyn. XXXVI, 3) verwiesen. Sie ist angezeigt, 1) wenn örtliche Herde von Blut, inficirten oder zersetzungsfähigen Sekretherden bestehen, deren Unschädlichmachung die Resorptionskraft des Peritoneum übersteigt, indem dieselbe örtlich oder allgemein herabgesetzt ist; 2) wenn eine nachherige Ansammlung von Sekreten zu erwarten ist, deren Infektion und Resorption septische Intoxikation befürchten lässt; 3) wenn Durchbruch von (verletzten) Organen mit differentem Inhalt (Blase, Darm) zu besorgen ist; 4) wenn es gilt, größere stark secernirende Höhlenwunden von der übrigen Bauchhöhle abzuschließen.

Klinisch werden daher unter diese Indikationen entfallen: zahlreiche Fälle von Salpingo-Oophorektomie, besonders bei Pyosalpinx, Abscessus ovarii, Pelvi-peritonitis exsudativa mit Besudelung der Bauchhöhle durch Eiter; intraperitoneale Hämatocelen; unentfernbare Geschwulstreste; chronische Peritonitis; Verletzungen von Blase und Darm; Versenkung umfänglicher Uterusstümpfe; ausgedehnte Zerreißungen und Defekte des Beckenperitoneum; viele Fälle ektopischer Schwangerschaft; ferner Fälle von Wundhöhlen nach Enukleation intraligamentärer und retroperitonealer Geschwülste besonders der Nieren, nach Ausräumung von intraligamentären Hämatomen etc.

Seit der Veröffentlichung von Lande hat Vortr. unter 54 weiteren Laparotomien 13, und wenn ein mit Dr. La Torre in Rom zusammen operirter Fall mitgerechnet wird, 14mal die Drainage angewendet, in folgender Weise:

I. Die reine Gaze-Drainage resp. Gazetamponade, 3mal: extraperitoneal 2mal, nach Ausschälung zweier Parovarialcysten, nach Graviditas tubaria mit Haematoma intraligamentosum; intraperitoneal 1mal, bei Probe-Laparotomie wegen Sarcoma radicis mesenterii (Blutung).

II. Die kombinirte Glas-Gaze-Drainage, 11mal: 1mal bei Salpingo-Oophorektomie wegen chronischer Entzündung der Adnexa; 2mal dessgleichen zugleich mit Haematocele intraperitonealis,

1mal dessgleichen mit Gravid. tubaria und tubarem Abortus; 4mal dessgleichen bei Pyosalpinx, kombinirt in 2 Fällen mit Abscessus ovarii, in 2 Fällen mit freiem eitrigen Exsudat im Douglas, in 1 Fall mit tiefer Usur des Colon descendens; in allen Fällen barsten die Eitersäcke und ergoss sich Eiter in die Bauchhöhle; ferner 1mal bei Graviditas ovarico-abdominalis (blutende Höhle an Stelle des Fruchtsackes); 1mal bei Porrooperation wegen Myomen des Corpus und Collum uteri mit Versenkung des Stumpfes; 1mal nach Ovariotomie und Hysterektomie nach Versuch vaginaler Enukleation eines Corpusmyom und traumatischer Ruptura uteri. Nur dieser letzte im Vornherein verzweifelt gelegene Fall starb an Shock; alle übrigen genasen, Resultate, welche zu Gunsten der Drainage nicht eindringlicher lauten könnten.

L. Ad. Neugebauer (sen.) (Warschau). Beitrag zur Lehre von der hydrostatischen Behandlung der chronischen Uterusinversion.

Die chronische Uterusinversion gilt im Allgemeinen in der Praxis für äußerst schwierig heilbar, ja, man hat sich schließlich schon öfters veranlasst gesehen, den invertirten Fruchthalter mit Hilfe von Messer oder Schlinge abzutragen. Es sei mir gestattet, heute die ganz auffallende Wirksamkeit des hydrostatischen Druckes auf den invertirten Uterus von der Scheide ganz besonders als heilkräftig zu betonen, gegenüber dem oft doch gar zu sehr übereilten Vorgehen mit dem Messer, d. h. in jedem Falle das Verlangen zu stellen, zuvörderst den Grundsätzen der konservativen Chirurgie Rechnung zu tragen ehe die Frau verstümmelt, d. h. zeugungsunfähig gemacht wird.

Am 2. Juni 1885 meldete sich in meiner Klinik die 21jähr. Ehefrau R. Porzeczka aus Łomża mit einer chronischen Inversio uteri. Mit 15 Jahren menstruirt, mit 18 verheirathet, war Pat. früher stets gesund bis zur ersten Entbindung im Juni 1883. Die Geburt des Kindes ging glücklich von statten, die Nachgeburt jedoch wurde von der beistehenden Geburtshelferin (keine Hebamme, sondern eine Wärterin) unter allerhand sehr schmerzhaften Manipulationen und ungemein heftiger Blutung entfernt. Die letztere stand erst längere Zeit nach Entfernung der Placenta, gleichzeitig jedoch Unvermögen, Stuhl oder Harn zu entleeren. Am 5. Tage wurde ein Arzt desshalb geholt. Katheter und Laxantia. 2 Liter Harn künstlich entleert, später spontan, Stuhlverhaltung bis 9. Tag, dann reichliche sehr stürmische Defäkation. Während derselben trat plötzlich unter sehr heftigen Schmerzen eine rundliche, gänseeigroße Geschwulst aus der Vulva heraus. Dieselbe wurde von einer Nachbarin gewaltsam in die Scheide zurückgepresst und trat auch nachträglich nicht mehr wieder hervor. Die heftige Blutung hörte zwar nach dem ersten Stuhlgang auf, kehrte jedoch in schwächerem Grade wieder. Große Schwäche und Anämie, häufige Ohnmachten. Erst gegen die 5. Woche

post partum Erholung. Das Kind starb in der 11. Woche. 4 Wochen nach dem Tode des Kindes plötzlich starke Blutung durch 2—3 Tage angeblich andauernd, nach einigen Tagen neue Blutung und so ging es fort und fort mit freien Zwischenräumen von stets nur wenigen Tagen (5 bis 6), — öfters wiederholten sich jetzt die Ohnmachten. Ein nach 6 Monaten herbeigerufener Arzt konstatirte nur das Faktum der Uterusinversion ohne jedoch Heilung zu erzielen. Nach 2jährigem Bestehen des Leidens kam die entkräftete und blutleere Kranke endlich zu mir, ohne jedweden Schmerz, ohne Fieber, Verdauung schlecht, Lungen gesund. Blutigschleimiger kopiöser Ausfluss aus der Scheide. In derselben eine längliche, rundliche, abgeplattete Geschwulst, etwas elastisch und leicht beweglich, die oberen $^2/_3$ der Scheide ausfüllend, die Geschwulst mit ihrem größeren Volumen (Basis) nach unten gerichtet, an einer Art Stiel hängend. Rings um den Stiel fand der Finger eine 1—$1^1/_2$ Zoll tiefe Furche oder Rinne zwischen Stiel und Muttermundssaum. Oberfläche der Geschwulst glatt, schlüpfrig, mit stark gerötheter Schleimhaut überzogen. Eine bimanuelle Untersuchung per rectum und Bauchwand sicherte die Diagnose der Uterusinversion. Trichterförmige Grube zwischen den breiten Mutterbändern. Wie nun therapeutisch vorgehen bei einer solchen verjährten Inversion? Ich entschloss mich aus Gründen, die von dem Erfolge dieses Verfahrens als triftig bewiesen wurden, für das mildeste Verfahren, die Scheidentamponade durch wassergefüllten Kautschukballon (horribile dictu Kolpeurynter!)

Ich zog den hydrostatischen Druck dem aerostatischen vor, trotzdem in beiden Fällen die Litteratur ganz befriedigende Resultate aufzuweisen hat.

Ich erinnere an die Erfolge durch aerostatischen Druck, verzeichnet von Tylor Smith, Pridgin Teale, Pressenmayer, Birnbaum, Churchill, West, Freund, Albanese, Braxton Hicks, Frankerd, Lewis, Chadwick und meines Warschauer Kollegen Konitz, durch hydrostatischen Druck von Bockendahl, Jędrzejewicz in Polen, Schröder in Berlin, Finkel in Kijew, Vetterlein im Teddingshause bei Bremen, Joseph Spaeth und Spiegelberg, von denen die meisten nicht mehr unter uns weilen und mit uns arbeiten, die aber jeder eine Heilung aufzuweisen hatten (7 Fälle). Die klinische Erfahrung nach der Zahl erzielter Heilungen sprach zu Gunsten des aerostatischen Druckes.

Es erschien mir aber für diese Fälle sehr zweifelhaft, ob hier der aerostatische Druck thatsächlich an und für sich die Heilung herbeigeführt hat, da jedes Mal außerdem verschiedenartige Repositionsversuche manueller Art zu gleicher Zeit vorgenommen worden sind oder genau gesagt, interkurrirend; anders bei den durch Wasserdruck behandelten Fällen, hier war ausschließlich dieser angewandt worden. Dazu kamen noch die der aerostatischen Behandlung anhaftenden Nachtheile: mehrfach beobachtete Unwirksamkeit (Aran und Steffens), ja selbst Tod der Kranken (West und Tait).

Tait's Kranke starb 24 Stunden nach erzielter Reinversion. Ich selbst bin 2mal früher mit dem aerostatischen Druck selbst trotz langdauernder Anwendung bei 2 anderen Kranken nicht zum Ziele der Reinversion gelangt. — Anders bei der hydrostatischen Behandlung. Die von Barnes und Krukenberg erwähnten Fälle, wo man diese Behandlungsmethode versuchte und zu Gunsten anderer aufgab, können doch wohl hier keine Rolle spielen.

Der Unterschied liegt in der Kompressibilität der Luft, während das Wasser so gut wie gar nicht kompressibel ist. Nach mehrfacher Reinigung und bei gleichzeitiger roborirender Behandlung wurde die Tamponade am 8. Juni 1885 begonnen mit einer Anfüllung des Kautschukballons bis $4^1/_2$ Zoll Durchmesser. Die Kranke fühlte einen Druck im Unterleib, jedoch war derselbe erträglich. Blande Diät und Wein. Sehr bald lernte die gelehrige Kranke vom Feldscher das Ablassen des Wassers, falls sie ohne dasselbe nicht harnen konnte, so wie das Nachfüllen desselben. Am 9. Juni Quantum auf 9 Unzen gesteigert, am 10. Juni trat die Periode ein, hörte am 12. Juni früh auf. Während dieser Zeit Tamponade ausgesetzt. Am 12. Juni 12 Unzen Wasser in den Ballon eingetrieben, vom 16. Juni an 15 Unzen. Tägliche Entfernung des Ballons mit Reinigung, Ausspülung etc.

Die invertirte Gebärmutter wurde täglich weicher und weicher, der Scheidentheil besonders, der sich immer mehr und mehr abplattete, die Ringfurche wurde immer tiefer und tiefer (am 19. Juni 4 cm). Nach 17maliger Einführung der Tampons am 27. Juni war die 2 Jahre bestehende Uterusinversion gehoben, der Scheidentheil hatte normale Form und Größe angenommen.

Die sofort vorgenommene bimanuelle Untersuchung per rectum und Bauchwand konnte nur noch die erfolgte Reinversion konstatiren. Auffallend war bei Untersuchung per vaginam die Weite des äußeren Muttermundes und gesammten Cervikalkanals, der die Gestalt eines flachen Trichters mit unterer Basis hatte, in die Gebärmutterhöhle konnte jedoch der Zeigefinger nicht mehr eindringen. Leicht blutig tingirter Schleim im Muttermunde. Binnen 4 Tagen schloss sich der weite Cervikalkanal spontan vollkommen und gewann seine normale Gestalt wieder. Schon am Tage nach Vollendung der Reinversion dürfte die Okularinspektion schwerlich noch Spuren irgend einer Anomalie verrathen haben! Ich hoffe durch meine Mittheilung, die ich früher schon polnisch (Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego 1886, Tom XIV«), russisch (Варшавскія Университетскія Извѣстія 1886) eingehender veröffentlicht habe, dazu beizutragen, der Methode der Behandlung durch kontinuirlichen hydrostatischen Druck das verdiente Bürgerrecht als der Normalbehandlung zu erringen. Sie wirkt zwar nicht cito, aber sie wirkt tuto und jucunde!

Fritz Frank (Köln). Über Stumpfbehandlung bei Porro.

Der Gedankengang des Vortr. ist ungefähr folgender:

Die Porro'sche Operation ist nicht immer zu umgehen, da sie für bestimmte komplicirte Fälle mehr Garantien für Erhaltung der Mutter bietet wie der konservative Kaiserschnitt. Während der konservative Kaiserschnitt zu einer hohen Vollendung gebracht, sind in der Technik der Porro'schen Operation wenig Fortschritte bemerkbar. Den Vorzug muss auch hier diejenige Methode verdienen, welche am leichtesten ausführbar, welche die kürzeste Zeit in Anspruch nimmt, welche vor Nachkrankheiten am meisten schützt und welche den Pat. in der kürzesten Zeit zur Genesung führt.

Diesen Anforderungen entspricht nach Verf. Ansicht die Methode der Stumpfinversion, wie er sie im Jahre 1881 (Centralbl. f. Gynäkologie 1881 No. 25), auf Hundeversuche gestützt, in Vorschlag gebracht, am meisten. An der Hand von 6 Fällen, welche vom Juni 1888 bis März 1890 von ihm und seinem Assistenten Dr. Beaucamp operirt worden sind, legt er seine praktischen Erfahrungen dar. Die ersten Fälle sind, wie ja bei allen neueren Operationen in Bezug auf Methode, die schwierigsten. Der Operateur im Vollgefühl der schweren Verantwortung sucht die drohenden Gefahren durch die Kunst zu bannen, erst wenn die Erfahrung lehrt, dass die Gefahren überschätzt, kann er manche Manipulationen weglassen, welche ihm vorher als unbedingt nothwendig erschienen.

Die beiden ersten Fälle sind bereits ausführlich von Dr. Beaucamp im Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVI, Hft. 2 beschrieben, die 4 letzten Fälle wurden von demselben im ärztlichen Verein zu Köln besprochen und werden ausführlich von ihm in einer größeren Arbeit veröffentlicht werden.

Was die Vereinfachung der Methode anlangt, so wurde im 4. und 5. Falle die Tabaksbeutelnaht, welche von der Bauchhöhle aus die Beckenserosa über dem Inversionstrichter zusammenzog und ev. vor allgemeiner Peritonitis schützen sollte, weggelassen. Es wurden nur nach Schluss der Bauchhöhle zwei dicke Seidenligaturen durch die ganze Dicke des invertirten Stumpfes von unten her gelegt, um eine rasche Reinversion zu verhüten. Im 6. Falle wurden auch diese beiden Seidenligaturen weggelassen. Die Frau starb. Das Beckenpräparat wurde demonstrirt. Der Tod an Peritonitis wird auf Infektion bei der Operation und nicht auf Weglassen der beiden eben erwähnten Seidenligaturen geschoben.

Da die Inversion des Stumpfes in allen Fällen sich so überaus einfach und leicht bewerkstelligen ließ, glaubt F. berechtigt zu sein, in dem nächsten Falle nach der Kastration den Uterus auf der Höhe zu incidiren, die Ränder durch starke Seidenligaturen zu fassen, die Ligaturen durch die Vagina zu leiten, den ganzen Uterus zu invertiren und vor der Vagina den Schlauch anzulegen und zu amputiren etc. An der Leiche einer kyphoskoliotischen Kretinin mit

stark trichterförmig verengtem Becken, welche kurz nach der Entbindung im 7. Monat an Eklampsie starb, ließ sich der schon stark kontrahirte Uterus auf diese Art ohne Schwierigkeiten invertiren. Zum Schluss sucht F. die Fragen, welche sich dem mit der Methode Unbekannten aufdrängen, zu beantworten.

1) Die Inversionsmethode verbindet gegenüber den seither üblichen Methoden die Sicherheit der extraperitonealen Stielbehandlung mit der schnellen Heilung und Eleganz der intraperitonealen Behandlung. Es wurden bei 6 Fällen 11 Menschenleben gerettet, ein sehr günstiges Resultat, wenn man bedenkt, dass man zu Porro nur die schwierigsten Fälle auswählt, und wenn man weiter bedenkt, dass bis jetzt alle Kaiserschnittfälle, bei denen der Stumpf versenkt wurde, gestorben sind. Nach 14 Tagen bis 3 Wochen können die Operirten die Anstalt mit einfacher Laparotomienarbe verlassen.

2) Der invertirte Stumpf reinvertirt sich nach und nach von selbst. Am 12.—14. Tage fühlt man wieder die Portio vaginalis.

3) Nachblutung wurde in keinem Falle beobachtet. Dieselbe wäre geradezu ausgeschlossen, wenn sich die Inversion des ganzen Uterus mit Liegenlassen des Schlauches in der Vagina nach der Amputation an der Lebenden bewähren sollte.

4) Die Gefahr, die Bauchhöhle von der Vagina aus beim Invertiren zu inficiren, ist gering, wenn man die Fäden alle in einen Knoten schürzt, denselben mit einen Schieber fasst und denselben von oben her in die Vagina leitet und da von einem Assistenten fassen lässt.

5) Die Inversion macht auch bei nicht vollständig erweitertem Muttermunde keine Schwierigkeiten, wie ja einleuchtet, wenn man bedenkt, dass nicht allein der Zug von unten, sondern auch der Druck von oben zur Verfügung steht.

---

v. Swięcicki (Posen) empfiehlt neuerdings seinen im Centralblatt für Gynäkologie (1888 No. 43) beschriebenen, und bei Ash und Sons (Berlin, Jägerstraße) zu habenden transportablen Apparat zur Stickoxydul-Sauerstoff-Anästhesie in der Geburtshilfe, mit dem die vollständig ungefährlichen Narkosen bequem und verhältnismäßig billig gemacht werden können.

Temesváry (Budapest).

Hillischer (Wien). Apparat zu Schlafgasnarkosen.

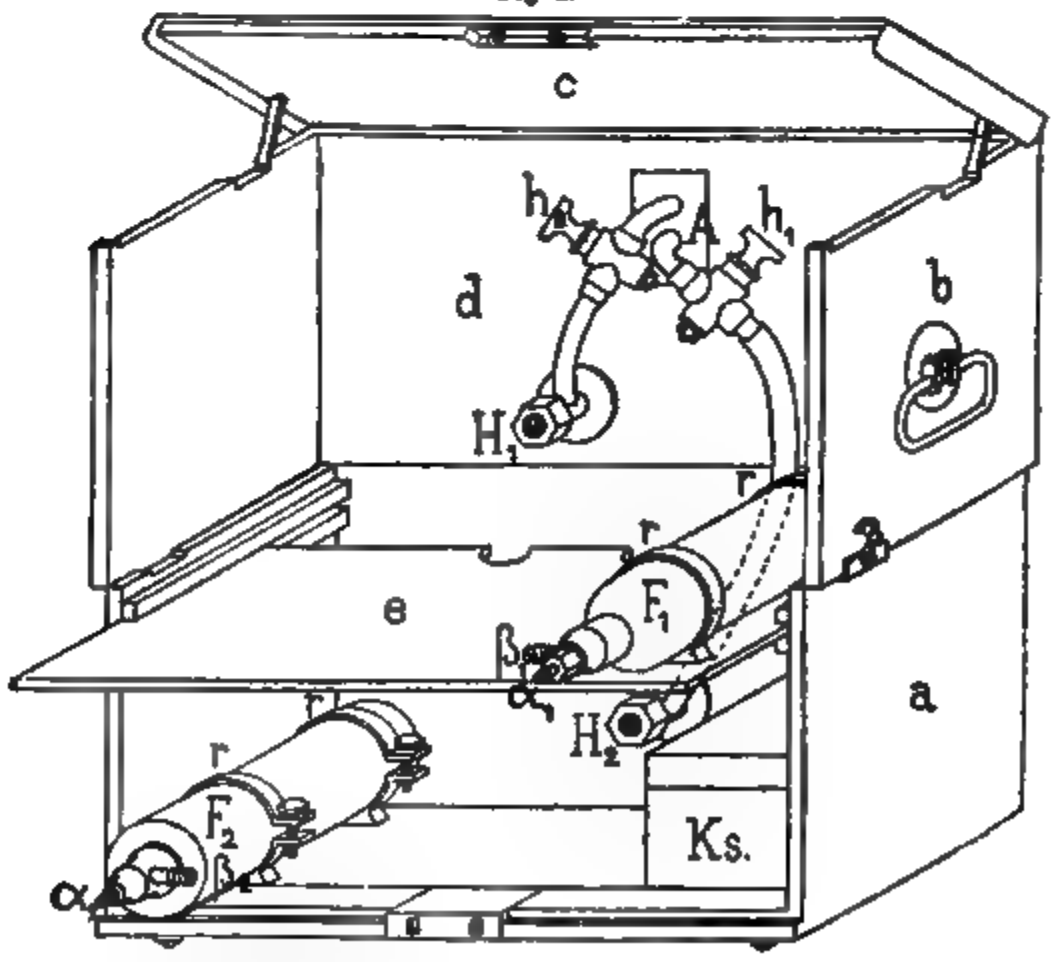
Der Vortragende konstatirt (wie in der 59. Naturforscherversammlung zu Berlin 1886), dass man mit dem Gemenge nur dann stets gute Narkosen erzielt, wenn man das Mischungsverhältnis beider Gase in jedem Momente der Athmung dem individuellen Bedürfnis des zu Narkotisirenden anpassen kann.

Da der alte Apparat H.'s noch zu groß war und bei demselben die Mischung der Gase am Anfang des Athmungsrohres stattfand also vom Munde des Pat. um die ganze Länge des Rohres ent-

fernt war, so konstruirte er den gegenwärtigen, der behufs leichten Transportes zum Kreißbett außer Haus mit Flaschen komprimirter Gase und allen Nebenapparaten (Athmungsschlauch, Mundstücke, Masken, Gassäcke, Mundhebel, Schraubenschlüssel etc.) in einem zusammenschiebbaren Handkoffer untergebracht ist. Fig. 1 zeigt den auf Rollen laufenden Koffer auseinander gezogen von vorn mit angeschraubtem Athmungstheil $A\ K\ M$, Fig. 2 gestattet von rückwärts den Einblick in die innere Einrichtung des Koffers, wobei die Gassäcke, welche bei β_1 und β_2 an die Stahlflaschen F_1 mit komprimirtem Lustgas und F_2 mit komprimirtem Sauerstoff, bei H_1 und H_2 aber an die Ausflussröhren angeschraubt werden, weggelassen wurden um die Zeichnung nicht undeutlich zu machen. Der Koffer

Fig. 1.

Fig. 2.



ist zusammengelegt nur 60 × 30 × 30 cm groß und mit dem gesammten Inhalt ca. 25 kg schwer. Der Athmungstheil, Fig. 1 *A K M*, welcher aus der Anschraubplatte *A*, dem durch ein fixes Septum im Innern getheilten, in der oberen Hälfte Lustgas, in der unteren Hälfte Sauerstoff bis zum Mischhahn getrennt führenden Athmungsrohr *K* und dem Mischapparat *M* und Fig. 3 besteht, ist der eigentliche Narkosenapparat und kann bei stabiler Installation in der Klinik

Fig. 3.

oder im Ordinationszimmer an jeder Wand, an jedem Kasten oder Tisch, wo eben im speciellen Falle die Gase zuströmen, mittels 2 Schrauben angebracht werden.

Statt des am vorderen Ende des Mischapparates Fig. 3 angebrachten, durch den Bügel *b* den Verschluss durch die Zunge hindernden, sehr bequemen und leicht zu reinigenden Mundstückes eigener Konstruktion kann auch eine beliebige Maske angeschraubt werden.

Die Mischung der beiden Gase geschieht dadurch, dass mit dem Daumen oder dem Zeigefinger der das Rohr während der Inhalation haltenden Hand der Bügel *H* mit dem Zeicher *Z* längs der Skala *T* verschoben wird, wodurch am inneren Ende des Doppelrohres bei *S* die Ausströmungsöffnungen sich dem am Gradbogen *T* abzulesenden Verhältnisse entsprechend verengern resp. erweitern.

Tomesváry (Budapest).

E. Pestalozza (Pavia). Graphische Darstellung des fötalen Herzimpulses durch die mütterlichen Bauchdecken.

Der Redner stellt einige sphygmographische Kurven vor, die ihm in ganz besonderen Umständen zu bekommen gelang, und die den Verlauf der fötalen Herzbewegungen in utero darstellen. Es handelte sich um eine IIpara mit Zwillingsschwangerschaft. — Eintritt der Geburt am 27. Januar 1889. Während der Austreibungsperiode für den ersten Fötus, in erster Kopflage liegend, war es zufällig möglich, erstens mit der Besichtigung, und dann durch die Palpation einen rhythmischen Stoß gegen die mütterlichen Bauchdecken, ungefähr am

Fundus uteri, wahrzunehmen. Der Stoß, ganz unabhängig von dem mütterlichen Kreislauf, wiederholte sich regelmäßig mit einer Frequenz von ungefähr 140 in der Minute. Nachdem die Auskultation das Zusammentreffen dieses Stoßes mit dem auskultatorischen Herde des zweiten Fötus, in Querlage am Fundus uteri in unverletzter Blase liegend, festgestellt hatte, wurden Versuche gemacht, um das interessante Phänomen graphisch darzustellen; und durch ein den Bauchdecken aufgelegtes Sphygmographion erhielt man die Kurven, die der Redner vorstellt. Schon seitens anderer Beobachter, z. B. Fischl, Fleischmann, Valenta, wurde die Möglichkeit der Tastbarkeit des fötalen Impulses durch die mütterlichen Bauchdecken festgestellt, und besonders in Deflexionslage; diese Gelegenheit wurde aber noch nicht benutzt, um den Stoß graphisch wiederzugeben. Das fötale Kardiogramm, das also vielleicht als ein Unicum dasteht, hat in so fern eine Bedeutung, indem es die Möglichkeit der Darstellung des fötalen Pulses durch die mütterlichen Bauchdecken festsetzt, freilich nur in besonders günstigen Umständen. Beobachtungswürdig ist ferner die Thatsache, dass eine der erlangten Kurven eine unregelmäßige Erhebung durch die hinzugekommene Wehe zeigt, um gleich nachher den regelmäßigen Verlauf wieder anzunehmen, als ob der Puls durch die Wehen weder in Gestalt noch in der Frequenz beeinflusst wäre. Die Thatsache, in auffallendem Widerspruch mit dem, was von den meisten Geburtshelfern angenommen wird, ist in dieser Rücksicht einer gewissen Bedeutung würdig.

H. J. Boldt (New York). Peritonitis nach Berstung eines Ovarialhämatoms. Laparotomie. Heilung.

Die mikroskopische Untersuchung des Präparates zeigte ein Endotheliom mit Ausgang in Angiom und Hämatombildung. 200 g Blut und Coagula. Es ist wahrscheinlich, dass die neugebildeten kavernösen Gefäßräume mit erweiterten Venen des Eierstockes in Verbindung stehen, sonst könnte durch Platzen eines Hämatoms keine so beträchtliche Blutung entstehen. B. hält mit Jones solche Endotheliome, bei denen keine mächtigen Geschwülste des Ovariums entstehen, für Produkte einer formativen Entzündung, welche zu keiner ausgesprochenen Vergrößerung des Ovariums führen. Nicht selten lässt sich durch die Symptome und bimanuelle Untersuchung ein derartiger Zustand vermuthen, jedoch nie mit Sicherheit machen. **Temesváry** (Budapest).

Fr. L. Neugebauer (jun.) (Warschau). Eine bisher einzig dastehende Beobachtung von Stachelbecken mit utero-sacraler Synechie. Beitrag zur Lehre vom atypisch verengten Becken.

Bekanntlich hat Schröder zuerst darauf hingewiesen, wie auffallend es sei, dass man neben den unzähligen Geburtsverletzungen der mütterlichen Weichtheile an der vorderen Beckenwand verhältnismäßig so sehr selten Läsionen an der hinteren Beckenwand resp. den hinter dem Uterns gelegenen Weichtheilen konstatirte und beschrieb. Die Seltenheit der Geburtsverletzungen der hinteren Peritonealtasche

etc. erklärte Schröder durch Anziehen einer primären verlöthenden Peritonitis localis, welche zur Folge hatte, dass etwaige vorhandene Läsionen einfach übersehen, gar nicht gesucht werden. Schröder hat an den Weichtheilen einer Wöchnerin, bei der er eine nach der ersten Entbindung entstandene Blasenscheidenfistel operativ geschlossen, als sie später nach der zweiten Entbindung in puerperio starb, die Narben einer mit der Blasenscheidenfistel zugleich entstandenen Läsion der Weichtheile, die zwischen Uterus und hinterer Beckenwand gelegen sind, gefunden und gleichzeitig am Becken eine 1—1½ cm lange eigenthümliche Exostose entdeckt. Hofmeier hat diesen Fall ausführlich in der »Zeitschrift für Geburtshilfe« beschrieben, und daran gewisse Bemerkungen geknüpft: »es mache die Exostose den Eindruck, als sei sie durch Zug entstanden«, die für den Fachmann von höchstem Interesse sind. »Inter stercora et urinas nascimur.« Es liegt auf der Hand, dass ceteris paribus gewiss Läsionen der retrouterinen Weichtheile wahrscheinlich eben so häufig sind, als die der vorderen. N. hat einige Jahre hindurch besonders hierauf Acht gegeben bei Untersuchung des so überaus reichen Harnfistelmaterials der Klinik seines am Schluss des Kongresses in Berlin verstorbenen Vaters und kann die Richtigkeit der theoretischen Voraussetzungen Schröder's nur bestätigen, ganz besonders aber will N. heute aufmerksam machen auf die citirten Worte Hofmeier's, der ohne Beweise liefern zu können, bezüglich der Entstehungsursache der genannten Promontorialexostose das Richtige getroffen hat. Freilich hat schon Lambl in seiner Kritik der Kilian'schen berühmt gewordenen Monographie des Stachelbeckens (Acanthopelys) auf die Entstehung jener Stacheln am Tuberculum ileopubicum durch Muskelzug, der scharfen »obstmesserartig scharfen« Kämme an den horizontalen Schambeinästen durch Bänder und Fascienzug aufmerksam gemacht, aber für die Entstehung der promontorialen Exostosen wurde eine bestimmte Ätiologie bislang nirgends aufgestellt, weil man eben nur das trockene Becken sah, ohne an die einst davor liegenden Weichtheile zu denken. N. ist heute in der Lage, hier ein entscheidendes Wort mitzusprechen. Er fand zufällig bei der Sektion einer 57jähr. Frau, Maciaszczuk, die an Lungenpththise im Kindlein Jesu-Spital zu Warschau gestorben war, am Promontorium einen bislang einzig dastehenden Befund. Der atrophische schmale und dünne Uterus stand ganz auffallend hoch und war eben so auffällig spitzwinklig anteflektirt. Die Cervix war durch ein strangartiges Gebilde mit dem Promontorium verbunden, welches von einer Duplikatur des Peritoneum überzogen, die Douglas'sche Tasche in zwei Hälften theilte. Bei näherer Untersuchung fand er, dass das die Cervix mit dem Promontorium verbindende, beinahe halbbleistiftdicke Band von der Spitze einer stecknadelförmigen, etwa 1 cm langen Exostose am Promontorium ausging. Nach Eröffnen der Cervix fand sich ein medianes Colobom (Hasenscharte) der hinteren Muttermundslippe und etwa 2 cm oberhalb des

freien Saumes der hinteren Muttermundslippe eine tiefe Delle, von deren Grund jener Narbenstrang ausging.

N. fasst die Ätiologie dieses Befundes so auf, dass nicht die Exostose die Cervixläsion bedingt hat, sondern umgekehrt die Exostose in Folge der Cervixläsion entstanden ist bei der ersten schwierigen Entbindung dieser Frau, die vor langen Jahren statt hatte. Cong. vera 9 cm, sub partu perforirender Riss der hinteren Lippe, Usur oder Ruptur des Peritoneum der Douglas'schen Tasche, primäre reparative lokale Peritonitis, die zur Verlöthung der Douglas'schen Tasche in der Mittellinie führte. Nach Maßgabe der Involutio uteri und der zur Geltung gelangenden Gravitation der Eingeweide bei wieder aufgenommener aufrechter Stellung musste der mit dem Promontorium respektive Periost und Peritoneum parietale durch adhäsive Peritonitis verklebte Uterus nicht nur wegen der Fixation der Cervix anteflektirt werden (was bei der extremen Anteflexion eine für die Integrität der Frau nicht bedeutungslose Sterilität zur Folge hatte), sondern auch einen entsprechenden intensiven Zug am Promontorium ausüben, dessen Resultat eben jene gleichsam aus dem Knochen herausgezogene stalaktytenartige Exostose war. Eine ähnliche Beobachtung, freilich nur klinisch, ohne Bestätigung durch Autopsie, hat Fischel aus der Klinik von Breisky vor einigen Jahren mitgetheilt, auch die von Franque ist ähnlich, niemals aber war bis jetzt der anatomische Beweis des thatsächlichen Herganges der Dinge, der Kausalnexus geliefert worden. Die vorstehende Beobachtung liefert denselben. N. hat im Januar 1889 in der Sammlung des Prof. Slavjanski in Petersburg ein Becken mit Promontorialexostose gefunden, wo sub partu gleichzeitig eine vesico- und rectovaginale Fistel entstanden war, und selbst zahlreiche Fälle von gleichzeitiger Geburtsverletzung der Weichtheile an vorderer und hinterer Beckenwand gesehen, welche vollkommen Schröder's und Hofmeier's Vermuthungen bestätigen, der vorliegende Fall mag als Beweis der Richtigkeit jener Hypothesen gelten.

N. schlägt vor, derartige Beckenverengerungen durch Exostosen, wie die obige, als sog. atypische Beckenstenose denen gegenüber zu stellen, die bedingt sind in dyskrasischen Knochenleiden, einfacher plastischer Druckdeformation, so wie Defekten der fötalen Anlage. Es würde also in die Gruppe der atypischen Beckenverengerung gehören: Beckenverengerung durch atypische Stachelbildung, Knochentumoren, Frakturen der Beckenknochen und endlich perforirende Usur und intrapelvine Schenkelluxation bei Caries.

Bossi (Genua). Die vaginale Fixation des Collum bei Lageveränderungen des Uterus.

B. wendet die vaginale Fixation des Collum an, um die Retro- und Anteversion, so wie die seitliche Abweichung des Uterus zu korrigiren. Bei der Senkung der Gebärmutter räth er, die Colporrhaphia

anterior oder posterior, oder ferner die Perinaeorrhaphie oder eine plastische Operation am Collum mit der Vaginalfixation zu verbinden. Er fixirt das Collum uteri mit der entsprechenden Wand des Scheidengewölbes nach Anfrischung durch Katgutnähte. Er hat die Operation 6mal gemacht und bis jetzt gute Resultate erhalten, wobei er sich überzeugen konnte, dass keine Deformation zurückblieb und die Adhäsion eine vollkommen feste war. Man wird stets der Pat. rathen müssen, auf der der operirten entgegengesetzten Seite zu liegen. Es handelt sich hier um eine durchaus neue Operation, die von der von Chucking angegebenen durchaus verschieden ist.

Ruhemann (Berlin).

Arendt (Berlin). Die Kontraktionsfähigkeit des Uterus und deren praktische Verwerthung.

Uteruskontraktionen entstehen bei der leisesten Berührung des Uterus, bei jeder diagnostischen Untersuchung. Bei Einwirkung stärkerer Reize, wie Massage oder Verschiebung nach hinten, oben, rechts oder links treten starke Kontraktionen des Uterus ein mit fibromartiger Härte desselben. Der Verlauf einer einzelnen Kontraktion ist folgender: zuerst wölbt sich die hintere Oberfläche, dann die vordere; hierdurch nimmt das Organ an Länge ab, an Breite und Dicke wenn auch unbedeutend zu. Darauf tritt Erhärtung der oberen Cervix ein: wodurch der Uterus, besonders bei dem aufgesteiften bemerkbar, in normale Anteversionsstellung kommt. Der vollständige Effekt einer Kontraktion ist Größe-, Form- und Konsistenzveränderung. Kontraktionsdauer und -stärke hängt von der Beschaffenheit des Uterusgewebes ab. Therapeutische Anwendung finden die mechanisch hervorgerufenen Kontraktionen bei der chronischen Metritis, Endometritis, Hyperaemia uteri, Subinvolution, venöse Stauung und einzelnen seltenen Fällen von Retroflexio.

Differentialdiagnostisch lässt sich die Kontraktionsfähigkeit verwerthen bei der Frage, ob Gravidität oder chronische Metritis des ersten Stadiums. Der gravide Uterus ist von größerer Kontraktionsreizbarkeit, doch ist jede Kontraktion des graviden Uterus von geringerer Stärke und Zeitdauer.

Eine praktische Verwerthung findet ferner die mechanisch hervorgerufene Kontraktion beim Reponiren des retroflektirten Uterus, wenn Weichheit des Isthmus die Reposition erschwert. Der ins Rectum eingeführte Finger wird an die Retroflexionsstelle gebracht und von den Bauchdecken aus die Gegend des äußeren Muttermundes gerieben. Der Effekt ist: Der Uterus kontrahirt sich stark, der Isthmus wird fest und hart, das Corpus erhebt sich ein wenig aus seiner Lage; sobald dies geschehen ist, kann mit Leichtigkeit die Reposition beendet werden.

Ruhemann (Berlin).

More Madden (Dublin). Über die Behandlung der Cystitis beim Weibe.

Von all' den Krankheiten, die uns in der ärztlichen Praxis vorkommen, ist keine der wir öfter begegnen und die betrübender in ihren Folgen und hartnäckiger im Widerstande gegen die allgemeinen Erleichterungsmittel wäre, als die Cystitis. Desshalb wünsche ich hier eine Behandlungsmethode bekannt zu geben, die ich, gestützt auf klinische Erfahrungen, als im Allgemeinen sehr erfolgreich und schnell wirkend gefunden habe.

Die gebräuchlichsten Mittel sind nur palliativ wirkend und heilen selten die Krankheit selbst. Emmet's Operation: das Anlegen einer künstlichen Blasenscheidenfistel, wurde wohl in einigen Fällen mit Erfolg angewendet, doch waren die praktischen Einwände so groß und so klar, dass ich diese Methode schon vor einigen Jahren zu Gunsten einer anderen aufgegeben habe, die ich im Allgemeinen erfolgreicher und ganz frei von Nachtheilen gefunden habe. Das Vorgehen, das ich in einer sehr großen Anzahl von Fällen von Cystitis beobachtet habe, ist folgendes: Vorerst wird die Urethra mit dem ausgestellten Instrument vollständig dilatirt, wodurch eine temporäre Inkontinenz erzeugt wird; sodann wird mittels desselben Instrumentes die erkrankte Blasenschleimhaut direkt behandelt. Den durch diese Behandlung erzeugten Schmerzen kann durch vorherige Applikation einer Cocainlösung vorgebeugt werden. Diese Procedur muss selten mehr als ein- oder zweimal in Intervallen von einer Woche oder 10 Tagen wiederholt werden.

Kombinirt mit dem innerlichen Gebrauch von Borsäure wird der Effekt einer raschen Heilung in den gewöhnlichen Fällen weiblicher Cystitis selten ausbleiben. **Temesváry** (Budapest).

More Madden (Dublin) demonstrirt einen kleinen mehrgegliederten und daher in alle Richtungen beweglichen Kerzenleuchter, der an jedes Speculum direkt befestigt werden kann. **Temesváry** (Budapest).

Cesare Marocco (Rom) demonstrirt einen pistolenförmigen Tamponträger für die Tamponade des Uterus, so wie einen gut desinficirbaren intra-uterinen Katheter. **Temesváry** (Budapest).

More Madden (Dublin). Behandlung der Dysmenorrhoe.

Vortr. spricht über die Häufigkeit der durch eine Cervicalkanalstenose verursachten Dysmenorrhoe und Sterilität und deren schädliche Folgen auf das Allgemeinbefinden und Seelenleben der Pat. Er vergleicht sodann die gegen dieses Leiden von Simpson und von Sloan in die gynäkologische Praxis eingeführten Pressschwämme und Laminariastifte mit dem von Hegar, Duke und Lawson Tait angegebenen raschen Dilatationsvorgehen; indem Vortr. letz-

terem Verfahren den Vorzug einräumt, giebt er zugleich ein von ihm konstruirtes Instrument an, dessen parallel laufende und in der Mitte gelenkig verbundene Arme es erlauben, dass die Dilatation vom inneren Muttermunde aus nach dem äußeren zu ausgeführt wird, also wird, entgegengesetzt den früheren Verfahren, hauptsächlich die Gegend des inneren Muttermundes gedehnt, während der äußere Muttermund weniger dilatirt wird. Das Instrument ist nicht stärker als eine gewöhnliche Uterussonde und kann auch zur Dilatation der Urethra verwendet werden. **Temesváry** (Budapest).

Mackenrodt (Berlin). Demonstration von Präparaten.

Das eine demonstrirte Präparat stellt eine Kombination eines großen proliferirenden Ovarialkystoms mit zwei räumlich getrennten, in der vorderen und hinteren Wand der Hauptcyste eingebetteten, faustgroßen Dermoiden dar. Die ganze Geschwulst hatte als Ausgangspunkt das linke Ovarium. Der Tumor war ziemlich dünn gestielt. Einige der größeren Cysten wurden während der Operation angestochen, um eine Verkleinerung zu erzielen. Das rechts vom Stiel sitzende Dermoid platzte beim Herausnehmen und entleerte seinen Inhalt in die Bauchhöhle. An der hinteren Cystenwand ist eine lange schmale Wundfläche zu sehen, welche einer gelösten Darmadhäsion entspricht. Die Kombination der vorliegenden Cysten ist im Allgemeinen in dieser Form selten. Olshausen sah bis 1886 nur einen dem unsrigen analogen Tumor. Merkwürdig ist die Verschiedenheit der Dermoide. Das linke weist neben dem gewöhnlichen Inhalt eine in der Wand sitzende kleine Knochenplatte auf, welche in wohlgebildeten Alveolen 4 tadellose Backzähne trug. Die Wand des zweiten Dermoids dagegen ist ganz mit dünnen Knochenplatten belegt, auf welchen kleine grünschwarze krystallinische Konkremente lagern, welche sich mikroskopisch als Täfelchen von der Form der Cholestearintafeln erweisen, welche aber in eine dunkle körnige Masse eingelagert sind. Solche Konkremente sieht man auch nicht häufig in Dermoiden. Ihre Zusammensetzung ist in den verschiedenen Fällen eine ganz abweichende. Was den erwähnten Ausfluss von Dermoidinhalt in die Bauchhöhle betrifft, so ist nach den Beobachtungen in der Martin'schen Klinik diesem Ereignis keine besonders unheilvolle Bedeutung zuzuschreiben. Der Inhalt einer bis zur Operation unverletzten Dermoidcyste besitzt keine Infektiosität. Die Pat. ging am 5. Tage post operationem an Ileus zu Grunde. In der Bauchhöhle fand sich, außer an der betreffenden Stelle des Darmes, keine Spur einer peritonealen Reizung. Bei stattgehabter Infektion aber müsste man am 5. Tage schon Zeichen von Peritonitis finden.

M. demonstrirt ferner eine Gruppe von Präparaten, welche vom Puerperium nicht ausgegangene Abscesse des Ovariums vorstellen, welche zusammen mit Tubenerkrankungen vorkamen.

Sämmtliche Präparate sind in der A. Martin'schen Klinik durch die Laparotomie gewonnen; bei allen Pat. platzten die Eiterherde bei der Herausnahme und entleerten Eiter in die Bauchhöhle. Alle Fälle sind trotzdem glatt geheilt. Was das Verfahren der Operation anbetrifft, so hat es sich an der A. Martin'schen Klinik zur Regel gemacht, in allen solchen Fällen so zu verfahren, dass nach der Reinigung der Bauchhöhle am Schluss der Operation das ganze betroffene Peritoneum noch einmal mit einem reichlich mit ausgeglühtem Olivenöl getränkten Schwamme ausgetupft wird. Die Statistik derartiger Fälle hat sich seitdem in auffälliger Weise gebessert, was M. mit der Anwendung des Öles in Zusammenhang bringt. Was nun die Präparate selbst anbetrifft, so liegt ein Theil ihrer Bedeutung in ihrer nicht puerperalen Ätiologie. Die geltenden Ansichten gehen doch darauf hinaus, dem Ovarialabscess auf puerperaler Basis als das gewöhnliche, ja sogar den nicht puerperalen als eine Seltenheit gelten zu lassen. Dem gegenüber sind doch aber schon früher zahlreiche Mittheilungen von Ovarialabscess außerhalb des Puerperiums erfolgt. Olshausen hat in seinen Krankheiten der Ovarien eine ganze Reihe von Autoren an der Hand, welche solche Fälle berichten könnten. Simpson, Mosler und West hatten Ovarialabscesse nicht puerperaler Natur beobachtet, welche in die Blase resp. das Rectum durchbrachen. Lusk und Ellingsworth theilen Fälle von doppelseitigen nicht puerperalen Ovarialabscessen mit. Die Ätiologie war überall nicht klar. Das behauptete häufige Vorkommen von Ovarialabscessen bei Tuberkulösen muss dahingestellt bleiben. In den Martin'schen Fällen konnte fast immer eine Miterkrankung der Tuben, einer oder beider, festgestellt werden, so wie ferner konstatirt, dass ausnahmslos alle Symptome eines heftigen und wohl charakterisirten Katarrhs des Uterus vorausgegangen waren. In vielen Fällen hatte sich früher Gonorrhoe sicher nachweisen lassen, aber bei Weitem nicht in allen; zweimal ist es Menge geglückt, in Fällen, welche von A. Martin operirt wurden, im Tubeneiter Gonokokken nachzuweisen. Zweimal hat Vortr. in der Poliklinik nach Auskratzungen mit nachfolgender Entzündung des Uterus Ovarialtumoren, beide Male rechts bis zu Hühnereigröße anwachsen, aber auch wieder verschwinden sehen, so dass der intra-uterinen Behandlung in der That eine direkte Beziehung auf die Ovarienerkrankung zugeschrieben werden muss. In diesen beiden Fällen waren die Tuben vollständig gesund. Also außer der puerperalen Ätiologie der Ovarialerkrankungen muss noch auf zwei Ursachen hingewiesen werden: intra-uterine Katarrhe und intra-uterine Behandlung.

Die Infektion des Ovariums erfolgt wahrscheinlich auf lymphatischen Wegen, welche ihrem Verlauf entsprechend sehr wohl geeignet sind, das Ovarium in Mitleidenschaft zu ziehen. Die Erkrankung der Tuben unterliegt denselben Ursachen. Die Infektion vollzieht sich per contiguitatem von der Uterushöhle aus. Dabei kommt es zeitig in der Gegend des Ostium abdominale zur lokalen Perito-

nitis und Perioophoritis, so wie zur Atresie der Tube. Ob das Ovarium durch diese perioophoritischen Vorgänge zur Abscessbildung angeregt werde, muss als zweifelhaft gelten. Das Ovarium erkrankt in der Regel nicht mit, kann aber auf eigenem Lymphwege vom Uterus aus sich inficiren. Umgekehrt kann die Tube katarrhalisch nicht eiterig erkranken, während das Ovarium sich als Parallelerkrankung der Tube, aber durch gesonderte Infektion aus der Uterushöhle her, in einen Abscess verwandelt. Dieses Verhältnis wird noch deutlicher in den Fällen, wo auf der einen Seite die Tube eiterig erkrankt, das dazu gehörige Ovarium gesund ist, während auf der anderen Seite die Tube gesund und das Ovarium abscedirt ist.

Temesváry (Budapest).

F. Keppler (Venedig). Über das Geschlechtsleben des Weibes nach der Kastration.

K. hat die Operation 46mal gemacht und 39 vollkommene Heilungen erzielt. Er hat 21mal wegen Salpingitis purulenta oder gonorrhoica, 8mal wegen narbigen Tubenverschlusses, 1mal wegen angebornen Tubenverschlusses, 4mal wegen tuberkulöser Oophoritis und Salpingitis, 2mal wegen Oophoritis und Perioophoritis ohne Betheiligung der Tuben, 1mal wegen rudimentärem Uterus, 9mal wegen Uterusfibroma operirt.

Aus der Thatsache, dass Redner seine ersten Operationen wegen Salpingitis im August 1880 gemacht hat, geht hervor, dass er überhaupt einer der Ersten, jedenfalls aber der Erste in Italien gewesen ist, welcher die Diagnostik und chirurgische Behandlung der entzündlichen Tubenkrankheiten mittels der Salpingo-Oophorektomie in die Praxis eingeführt hat. Von den 39 geheilten wählte er 15 Fälle aus, welche seit Jahren einer genauen und allseitigen Beobachtung unterzogen werden konnten.

Die physiologischen Konsequenzen waren im Wesentlichen folgende:

1) Wenn die Operation wegen Salpingitis oder entzündlicher Processe gemacht worden ist traten nach derselben niemals mehr Uterinblutungen auf.

2) Die Conjugata hat sich allmählich verkürzt, und das um so mehr, je jünger das Individuum gewesen (bis zu 3 cm).

3) Die Gebärmutter hat sich gleichmäßig und fortwährend verkleinert, von 8 cm auf 2 cm innerhalb 10 Jahren; dessgleichen ist die Scheide kürzer und enger, ihre Schleimhaut blässer geworden, die großen Schamlippen haben sich verdünnt.

4) Die Brüste sind kleiner, der männlichen Mamma ähnlich, geworden.

5) Die braunen Pigmente an Brustwarze, Warzenhof, Perineum, Anus sind vollkommen abgeblasst, eben so pathologische Pigmentbildungen (Cloasmen). Die Haut selbst ist auffallend weiß geworden.

6) Die allgemein hervorgehobene Neigung zum Embonpoint existirt nicht.

7) An Haarwuchs und Stimme treten keine Veränderungen auf.

8) Der Geschlechtstrieb blieb vollkommen erhalten, und zwar um so ausgesprochener je frühzeitiger die Operation nach dem Erscheinen der Menstruation gemacht worden ist.

9) Die Operation stellt kein Ehehindernis dar, denn 3 der von K. operirten Individuen haben sich verheirathet und leben seit Jahren in glücklicher Ehe.

10) Die Ehe mit einem kastrirten Weibe ist das Ideal einer malthusianischen Ehe, die einzige Form, in welcher der Malthusianismus durchgeführt werden kann, ohne Gesundheit und Lebensglück der Betheiligten zu gefährden.

11) Bei den wegen entzündlicher Affektionen im früheren Lebensalter Operirten traten keine Neurosen auf, was bei den wegen Gebärmutterfibromen in höherem Lebensalter Operirten häufig der Fall war.

12) Die Blutungen bei Gebärmutterfibromen wurden durch die Operation günstig beeinflusst, doch ist niemals sofortige Menopause eingetreten.

13) Die wegen Uterusfibromen operirten, schon in reiferem Alter stehenden Frauen haben nach der Operation den Geschlechtstrieb vollkommen verloren.

Balandin (Petersburg). Zur Frage über Geburtsmechanismus und Ausmessung des Beckens an der Lebenden.

Bevor ich einige Worte über die praktische Bedeutung, welche meiner Ansicht nach die von Skutsch angegebenen evidenten Verbesserungen in der Beckenmessung haben, muss ich auf die Mittheilungen über Geburtsmechanismus von Veit und Zweifel zurückgreifen.

Veit negirt bei normalem Becken einen Mechanismus des Beckeneinganges, wohingegen Zweifel mit allen übrigen Autoren einen solchen annimmt und unter Anderem an den gegebenen Durchschnitten auch diese Ansicht stützt.

Es sind solche Differenzen nur auf verschiedener anatomischer Grundlage möglich. Wenn man das hier auf dem Tische zufällig vorhandene Becken mit dem Beckendurchschnitte Zweifel's vergleicht, so ergeben sich folgende Differenzen. Eine Ebene, die durch die Conjugata und den oberen (vorderen) Rand der Symphyse gelegt wird, liegt auf dem vorgezeigten Becken hoch über dem Querdurchmesser des Beckeneinganges und schneidet beiderseits die Beckenschaufeln fast in der Höhe der Cristae ilii.

Auf dem Durchschnitte des Zweifel'schen Beckens liegt dagegen eine solche Conjugataebene bedeutend tiefer, nicht viel über dem

queren Durchmesser des Beckeneinganges und schneidet mitten die Beckenschaufeln auf dieser Höhe.

Ich habe schon in meinen im Jahre 1883 erschienenen »Klinischen Vorträgen« auf die mechanische Bedeutung zweier Typen von Becken, auf welche beide die herrschende Beschreibung des sogenannten normalen Beckens passt, hingewiesen. Der eine Typus hat ein hochgelegenes Promontorium resp. Conjugata; der andere eine niedrig gelegene Conjugata. Die daraus erwachsenden mechanischen Unterschiede sind ebendaselbst an gegebenen Durchschnitten klar gelegt. So ist die allgemein angenommene prädominirende mechanische Bedeutung der Conjugata resp. des Beckeneinganges für alle Fälle entschieden in Abrede gestellt. Die Conjugata hat eine solche beim Typus mit hoher Lage derselben nur wenn sie so verkürzt ist (also nur bei engem Becken), dass der Kindeskopf nicht frei durch dieselbe, selbst bei genügender Benutzung der in dieser Höhe übergroßen, queren und schrägen Durchmesser gehen kann. Beim Typus mit tiefer Lage der Conjugata, d. h. nahe der Ebene des großen Querdurchmessers des Beckeneinganges springt das Promontorium stark in den Knochenring ein und kann auch bei normaler Weite des Beckens den Kopf quer ablenken. Damit ist nun aber auch angegeben wann ein Eingangsmechanismus existirt und wann nicht. Veit hat seinen Anschauungen über regelmäßige Abwesenheit eines Eingangsmechanismus bei normalem Becken den Typus mit hochgelegener nicht verkürzter Conjugata zu Grunde gelegt. Zweifel hat dagegen bei seinen Durchschnitten den anderen Typus mit tiefliegender Conjugata dargestellt und findet da, wie alle übrigen Autoren, Bedingungen für einen Eingangsmechanismus. Ferner habe ich an derselben Stelle hingewiesen, wie misslich es noch um unsere Kenntnis des normalen Beckens steht. Beide Beckenformen kommen häufig vor; es ist aber wahrscheinlich dass die Becken mit niedrig stehendem Promontorium der Norm ferner stehen, dass am Neugebornen das Promontorium sehr hoch steht, und wie ich mich in neuerer Zeit überzeugt habe unter den Becken mit niedrigem Promontorium enge Becken und solche mit etwas scharf abgeknickten Knochenpartien häufiger vorkommen als beim Typus mit hohem Promontorium. So macht auf mich das Zweifel'sche Becken auf der Abbildung des Knochendurchschnittes, obgleich dieselbe etwas schematisch gehalten sein soll, den Eindruck eines pathologisch-veränderten.

Die angegebene verschiedene Bedeutung des Beckeneinganges, (auch unabhängig von seinen Größen), je nach dem Höhestande des Promontorium, erklären warum die von Skutsch angegebenen bedeutenden Verbesserungen der Ausmessung des Beckens an der Lebenden, obgleich sie eine viel exaktere Bestimmung der einzelnen Durchmesser erlauben, dennoch nicht die volle mechanische Bedeutung des Beckens eruiren. Es können eben Becken mit gleich großen, geraden und queren Durchmessern des Beckeneinganges ganz verschiedene mechanische Dignität haben resp. verschieden

große Hindernisse darbieten, je nachdem der gerade Durchmesser hoch über, oder fast in einer Höhe, oder wie in einigen exquisit pathologischen Becken unterhalb des Querdurchmessers liegt. Die Bedingungen sind durch die deutschen verbesserten Methoden nicht zu eruiren.

Balandin (Petersburg). Zur Frage über künstliche Frühgeburt.

Aus einer nicht unbedeutenden Erfahrung über künstliche Frühgeburt überhaupt, lege ich meiner heutigen Ansicht über diese Operation, um in Betreff der in dieser Frage so wichtigen aseptischen und antiseptischen Kautelen so viel wie möglich Zufälligkeiten auszuschließen, nur 43 solcher Fälle zu Grunde, die von mir persönlich geleitet sind, d. h. in denen nur von mir und von je einer ganz zuverlässigen gut geschulten Hebamme alle Manipulationen an den betreffenden Pat. ausgeführt worden. Unter diesen Fällen sind einige, wo die Operation an einer Person 2 resp. 3 mal vorgenommen wurde.

Ausführung: Allgemeine Bäder, Abrasiren oder wenigstens ganz kurzes Schneiden der Schamhaare, gründliche Desinfektion der äußeren Genitalien so wie der ganzen Schamgegend (Unterleib, Schenkel. Nates), vaginale Duschen oder nur Injektionen (27° R.) mit Karbol, Sublimat im Verlaufe von 3—4 Tagen. 3—4mal täglich (die letzten Jahre nur einen Tag Sublimat 1:4000, dann Borsäure 4%—2%); bei protrahirtem Verlaufe nur 2mal täglich Borsäureinjektionen so wie nach jeder inneren Exploration. Die in den Uterus eingeführten Instrumente werden schon seit vielen Jahren durch das Sims'sche Speculum applicirt. Der Cervicalkanal wird vorher gründlich mit Sublimatlösung ausgewischt resp. ausgespritzt. Die angewandten Bougies werden vor dem Gebrauche 48 Stunden in 1:500 Sublimat geweicht und darauf mit 1:1000 Sublimat gefüllt und mit gründlich desinficirten kleinen Korken verschlossen, nachdem sie je nach der Länge des betreffenden Uterus gekürzt sind. Eingeführt werden die Bougies bis über den inneren Muttermund. Falls sie wieder etwas heraustreten, so stützen sie sich von selbst gegen die hintere Vaginalwand. Tampons kamen, zu diesem Zwecke als unnöthig, nicht in Anwendung. Zum Eihautstiche wurden nur regelrecht desinficirte metallene Sonden verschiedenen Kalibers gebraucht.

Vornehmlich kamen in Anwendung die renommirtesten Methoden: Bougies und Eihautstich. Als Hilfsoperationen dienten die Dusche, Injektionen zwischen Uterus und Ei (2%ige Borsäurelösung oder reines sterilisirtes 29° R. warmes Wasser) und Elektricität. Andere, unserer Ansicht nach nicht ganz aseptisch durchzuführende Methoden kamen nicht in Anwendung.

Die übergroße Mehrzahl der Fälle zeigte nach Applikation von Bougies erst gar keine Reaktion, dann lange Zeit unregelmäßige;

tagelang aussetzende, kleine, nur das Collum erweichende und verkürzende Wehen, die erst nach Tagen, Wochen, ja in vielen Fällen gar nicht in wirkliche, expulsive, geburtsbefördernde Wehen übergingen. Es mehrten sich diese Fälle in dem Maße, als die aseptischen Maßregeln sich so zu sagen von selbst allmählich verschärften.

Schon Anfang 1886 zeigte ich der Versammlung des Moskau-Petersburger ärztlichen Vereins Bougies vor, die 11 Tage in utero gelegen hatten, ohne expulsive Wehen hervorgerufen zu haben und ohne zudem den geringsten ungünstigen Einfluss auf Mutter und Kind auszuüben. Auch nicht eine Temperatursteigerung, bei gleichzeitigem vollkommenen Wohlbefinden, während der 11 Tage, so wie während der auf Eihautstich eingetretenen Geburt und dem folgenden Wochenbette.

Aus letzter Zeit besitze ich 2 Bougies, von denen eins über 2 Wochen, das andere 4 Wochen in utero mit demselben negativen Effekte gelegen haben. Es betrifft das einen Fall von Schwangerschaft mit großen Myomen (gestielt am Fundus und interstitiell im unteren Abschnitt und hinterer Collumpartie), in dem ich von vorn herein den Kaiserschnitt nach Sänger mit Kastration in Vorschlag gebracht hatte und auch später mit günstigem Erfolge ausgeführt habe, aber auf dringenden Wunsch der Pat. so wie ihres Mannes erst die künstliche Frühgeburt, obgleich ohne Hoffnung auf Erfolg anstreben musste. Erst nachdem 4 Wochen lang ohne Effekt bougiert worden war, wobei wiederholt das Ende des Bougies vom Collum in den oberen Theil der Vagina heraustrat und auch wieder hinaufstieg und mehrere Injektionen zwischen Uterus und Ei wohl leichte Wehen aber keine Wirkung auf das Collum ausgeübt hatten und auch konsultativ der Kaiserschnitt als einziges Mittel die Frau zu retten festgestellt worden war, gab der Mann seine Zustimmung zu demselben. Während der besagten 4 Wochen war Pat. vollkommen wohl und nur unmittelbar nach 2 Injektionen zwischen Uterus und Ei traten einmalige ganz kurze Steigerungen der Temperatur bis 37,6 auf; sonst absolut normal (4—6 Messungen täglich). Der befriedigende Allgemeinzustand der Pat. so wie die mir schon aus anderen Fällen bekannte Gefahrlosigkeit prolongirter Bougierung des Uterus gaben mir die Möglichkeit, der Sache auch über die schon erprobte Zeit hinaus ihren Lauf zu lassen. Seinerseits fand der Mann der Pat. in ihrem ungestörten Wohlbefinden einen Grund, seine Einwilligung zum Kaiserschnitte immer wieder hinauszuschieben. Zudem wollte Pat. selbst nichts vom Kaiserschnitte hören und gab, von Zeit zu Zeit leichte Wehen verspürend, die Hoffnung auf Gelingen der Frühgeburt nicht auf. Es wurde der Kaiserschnitt nur dadurch ermöglicht, dass mit Zustimmung des Mannes der Pat. eine forcirte Dilatation des unnachgiebigen Muttermundes in Vorschlag gebracht wurde, worauf sie einwilligte und sich zu diesem Behufe chloroformiren ließ.

Ähnlich wie nach dem Bougieren des Uterus, blieben bei sich verschärfenden Kautelen (namentlich in der Wahl der Hebamme) in vielen Fällen auch nach dem Eihautstiche wirkliche expulsive Wehen lange Zeit oder auch ganz aus. Namentlich sah ich schwer erregbar Uteri mit schlaffer Wand, an denen auch die Perforation der Eihäute mit der Sonde mehr oder weniger Schwierigkeiten machte. Noch hatte ich das Gefühl der größeren Resistenz der Eihäute als Folge ihrer geringen Spannung. Den ersten Fall (Beckenenge), wo nach dem Eihautstiche bei unveränderten Herztönen des Kindes in gewissen Intervallen ziemlich bedeutende Mengen Fruchtwasser im Verlaufe von 8 Tagen abgingen (mit Verkleinerung des Uterus) und keine Expulsivwehen zu erzielen waren, erlebte ich vor $3^1/_2$ Jahren, in dem, ohne äußere Veranlassung, bei stark verkürzter und erweichter für den Finger leicht durchgängiger Portio, weichem, durch den vorliegenden Kopf nicht gespannten unteren Uterusabschnitte, und etwas stärkeren Wehen plötzlich eine ziemlich bedeutende Blutung auftrat, die evident placentaren Ursprunges war und zum raschen Einschreiten aufforderte. Ich entschloss mich die digitale Dilatation des Collum mit folgender Wendung nach Hicks zu versuchen. Beides gelang leichter als ich erwartete. Nach kaum einer halben Stunde spannte ich mit dem einen Beine den jetzt vorhandenen, noch ziemlich dicken aber saumartigen Muttermund. Schon bei Spannung des Collum mit den Fingern traten ziemlich energische Wehen auf, die bei Spannung des Muttermundes durch das Bein sofort an expulsiver Kraft zunahmen. Die Blutung hatte schon bei Einführung der Hand in die Vagina stark abgenommen und stand nun vollends. Langsame Extraktion resp. Dilatation des Muttermundes während 3 vollen Stunden. Herztöne, die während der Blutung abgeschwächt waren, wieder gut. In dem Momente, wo die Schultern den Muttermund passiren, werden 4 Finger der vorher in die Vagina eingeführten halben Hand zwischen Kopf und Muttermund geschoben um Umschnürung des Halses des Kindes zu verhüten, die meiner Erfahrung nach bei Extraktion frühreifer Kinder, namentlich bei nicht spontan eröffnetem Muttermunde häufig der Grund ihres Absterbens ist. Kind kommt lebend und frisch zur Welt (lebt heute).

Nach $1^1/_2$ Jahren wiederholte künstliche Frühgeburt. Fast bis zum selben Termine nach dem Eihautstiche dieselben Erscheinungen wie das erste Mal. Eingedenk der damals schließlich aufgetretenen vorzeitigen partiellen Lösung der Placenta und der wie damals vorhandenen gleichen Bedingungen am Collum und der unteren Gebärmutterpartie schritt ich zur selben operativen Beendigung der Geburt. Digitale Erweiterung und Wendung gelingen ganz eben so leicht wie damals. Spannung des Muttermundes durch den eingezogenen Schenkel löst zum ersten Male eine expulsive Wehe aus. Langsame Extraktion wie bei der ersten Geburt. Lebendes Kind, jedoch kaum 1400 g schwer (evidenter Fehler in

der Zeitbestimmung der Schwangerschaft), respirirt 24 Stunden ziemlich oberflächlich, blau, kühl. Erholt sich darauf und bleibt leben (heute sehr gut entwickelt) trotz relativ nicht besonders großer Fürsorge von Seiten der Angehörigen.

Ein Beispiel vollkommenen Ausbleibens expulsiver Wehen während 4 Wochen nach wochenlangem Bougieren und darauf Eihautstich.

Erstgebärende, über 30 Jahre alt. Stark plattes aber quer geräumiges Becken. Spontane 8monatliche Frühgeburt. Protrahirte Geburt, Zange, lebendes Kind, 3400 g schwer. Zweite Geburt rechtzeitig, sehr schwer. Kind stirbt ab, über 6000 g schwer. Dritte Schwangerschaft künstliche Frühgeburt (vor $2^1/_2$ Jahren) mit 7 Schwangerschaftsmonaten. Erst Bougie. Nach einer Woche Eihautstich. Bedeutender Abgang von Fruchtwasser im Verlaufe von 3 Wochen mit geringen Intervallen. Pat. verweigert bei ausgezeichnetem Wohlbefinden und unveränderten Bewegungen des Kindes aus Furcht für dessen Leben die operative Beendigung der Geburt. Erst auf Angabe über Abschwächung der Herztöne des Kindes giebt sie unverzüglich ihre Einwilligung. Portio fast ganz verstrichen, leicht durchgängig. Digitale Erweiterung und Herabholen eines Fußes gelingen leicht. Sehr langsame Extraktion des Steißes unterstützt von Expulsivwehen. Sehr schwere Lösung der hinaufgeschlagenen Arme, Infraktion des einen Oberarmes, ziemlich schwere Extraktion des Kopfes. Kind kommt lebend und frisch ca. 3600 g schwer (jetzt übergroßes prachtvoll entwickeltes Mädchen). Während der 4wöchentlichen Dauer der Frühgeburt Pat. vollkommen wohl (nur moralisch deprimirt) absolut afebril. Eben so im Wochenbett Involution normal.

In letzter Zeit noch zwei ähnliche Fälle in Behandlung gehabt, wo das Ausbleiben expulsiver Wehen nach Bougies und Eihautstich im Verlaufe von 8 und 9 Tagen (in letzterem mit partieller Lösung der Placenta und folgender Blutung) zu in angegebener Weise operativer Beendigung der Geburt führten. Kinder lebend und bleiben leben. Mutter während der Geburt und im Wochenbette vollkommen afebril.

Auf Grund meiner älteren Beobachtungen über Bougierung bei künstlicher Frühgeburt konnte ich mich schon Anfang 1886 in der Versammlung des Moskau-Petersburger ärztlichen Vereins dahin aussprechen, dass mit der Verbesserung der antiseptischen Maßnahmen die Wirksamkeit der Bougies proportionell abnehme resp. ein großer Theil ihrer bisher gerühmten prompten Expulsivwehen erregenden Wirkung auf Sepsis zurückzuführen sei.

Meine neueren Beobachtungen haben mich nicht eines Anderen belehrt, sie haben mir im Gegentheil gezeigt, dass dasselbe auch für die anderen gangbaren Methoden zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, die mit Manipulationen in den Genitalien verbunden sind, seine volle Geltung hat. Eine weitere Stütze für diese Ansicht glaube ich in den neuen (ohne Manipulationen an den Ge-

nitalien) Versuchen von Schatz über die wehenerregende W des Mutterkorns zu sehen. Es haben die von Schatz dabei ten Wehenformen eine unverkennbare Ähnlichkeit mit den man so häufig bei aseptischer Einleitung der künstlichen Frü mit den gangbaren Methoden beobachtet.

Wenn nun aber mit Vervollkommnung der aseptische antiseptischen Kautelen bei der künstlichen Frühgeburt die W der wehenerregenden Mittel bedeutend abgeschwächt wird, i gen Fällen so gering wurde, dass der Effekt erst nach Woch trat, ja in einzelnen ganz ausblieb und der Uterus manuell Inhaltes entleert werden musste, so hat dennoch unsere Op sehr befriedigende Resultate für Mutter und Kind ergeben.

Von sämmtlichen Müttern ist nicht eine gestorben. Mütter, auch jene, wo der Verlauf ein sehr langwieriger Folge dessen moralisch deprimirender war, selbst diejenigen, öffnung und Entleerung des Uterus manuell erzwungen wurd die ganze Zeit vor und während der Geburt so wie in pu absolut fieberfrei resp. gesund gewesen.

Für die Kinder hat sich, besonders seitdem in betre Fällen die künstliche Geburt forcirt erreicht wurde, die P bedeutend gebessert. Unsere letzten 20 Fälle gaben, wen möglicherweise etwas vom Zufall begünstigt, 19 lebende K wohingegen in der ersten Reihe nur 68 % solcher erzielt wu

Die angeführten Daten berechtigen, glaube ich, zu fol Schlüssen:

1) Es ist die künstliche Frühgeburt bei streng durchge Asepsis und Antisepsis eine für Mutter und Kind günstige Ope

2) Es ist aber die künstliche Frühgeburt bei der wach Schwierigkeit der Zeitbestimmung, der Durchführung der Op in der sub 1 angegebenen Weise, dem sich häufenden protr Verlaufe im Vergleiche mit anderen in Frage kommenden tionen (entgegen meiner früheren Ansicht) eine nicht leicht zuführende Aufgabe.

3) Die größte Gefahr für das Kind liegt, wie schon f Mutter bekannt, bei der künstlichen Frühgeburt in der Sepsis. allel mit Verbesserung der aseptischen und antiseptischen Ka bessert sich die Prognose auch für das Kind. Trotz häufige kommenden protrahirten Verlaufes, trotz häufiger nöthigen ei fenden, komplicirenden operativen Verfahren wächst nicht n Zahl der lebend geborenen Kinder, sondern auch ihre Lebense

4) Es giebt meiner Erfahrung nach von in Frage komm Fällen zwei Sorten Uteri: prall gespannte und weiche. Die er sind leichter erregbar. Es werden durch die üblichen Met (wenn nicht einzeln, so kombinirt) in allen Fällen über kurz lang Wehen erzeugt. Expulsive, evident geburtsbefördernde W treten in einer Reihe von Fällen jedoch sehr spät, vielleicht

gar nicht auf. Da muss der Uterus durch Hilfsoperationen und nicht zu spät entleert werden.

5) Der bei der künstlichen Frühgeburt zu erzielende absolut fieberfreie Verlauf der Geburt und des Wochenbettes ist in Anbetracht der vor dieser Operation angewandten prophylaktischen Maßregeln möglicherweise für die Frage über die Selbstinfektion zu verwerthen.

Assaky (Bukarest). Extraperitoneale Ventrofixation des Uterus.

Bekanntlich kann man die Fixation des Uterus an der vorderen Bauchwand nach zwei Methoden ausführen: vermittels vorausgeschickter Laparotomie oder ohne Eröffnung des Peritoneums.

Die extraperitoneale Ventrofixation selbst kann entweder durch einfaches Festnähen des Uterus an die Bauchwand ohne Durchtrennung derselben ausgeführt werden, was Marion Sims im Jahre 1859 zuerst versucht zu haben scheint, oder nach dem Vorgang von Caneva d. h. nach Durchschneidung der Bauchdecken in der Linea alba bis auf das Peritoneum exklusive.

Ich habe beide Verfahren zur Behandlung von Uterusvorfall angewendet. Einmal die Ventrofixation ohne Bauchschnitt und 4mal Caneva's Methode.

Das Verfahren von Sims ist kein sicherer operativer Eingriff. Ich hatte ein Recidiv nach Ablauf von 20 Tagen. Allerdings war der Uterus nur durch einen Faden fixirt, den ich zu früh entfernte. Dagegen lieferte mir das extraperitoneale Verfahren nach Caneva ausgezeichnete Heilerfolge, die nach 7, $4^1/_2$, $3^1/_2$ resp. $1^1/_2$ Monaten nach der Operation noch zu konstatiren waren. Was bewog mich nun die extraperitoneale Ventrofixation der intraperitonealen Methode vorzuziehen. Der Umstand, dass ich zur Zeit, als ich den 1. Fall veröffentlichte, glaubte, die Idee eines extraperitonealen Verfahrens zuerst ausgesprochen zu haben und späterhin fand, dass dieser Operation ungerechte Vorwürfe gemacht wurden. Im Übrigen ist die Operation selbst schnell und einfach auszuführen.

Ich verfahre bei der Ventrofixatio extraperitonealis folgendermaßen: Die Pat. wird wie zur Laparotomie vorbereitet und auf einem Operationstisch, ähnlich dem Trendelenburg'schen, gelagert und chloroformirt. Ein Assistent drängt mit zwei oder mehr in die Vagina eingeführten Fingern den Uterus gegen die Bauchwand und man macht über dem als Orientirungspunkt hervorspringenden Uterus einen 5—8 cm langen Hautschnitt. Die Linea alba wird in derselben Länge eingeschnitten. Man erhebt dann das Becken in der Weise, dass die Körperachse der Pat. mit der Tischebene einen Winkel von 45° bildet. Dank diesem Kunstgriff, in Folge dessen das Operationsfeld von der Nachbarschaft der Därme und des Netzes befreit wird, fühlen die palpirenden Finger mit wunderbarer Deutlichkeit alle

Einzelheiten der Maße und der Gestalt des Uterus. Fraue jahrelang mit Gebärmuttervorfall behaftet waren, besitzen fa kein subperitoneales Fett. Wenigstens war dies bei meinen (ten der Fall. Indem man nun mit dem Finger die vordere l fläche vom Fundus gegen den Cervix hin genau verfolgt, fühl im Verlauf deutlich die Grenzlinie der Blase, die sich durch Unterschied im Niveau und in der Konsistenz zu erkennen Einen cm oberhalb derselben legt man die erste Naht ein zweite Naht fixirt den Fundus und, wenn der Uterus nicht zu oder senil involvirt ist, legt man eine 3. Naht mitten zwisch beiden ersten. Die Uterusnaht wird mittels einer ganz- oder gekrümmten Reverdin'schen Nadel ausgeführt. Die Nadel durc direkt den Musculus rectus und das parietale Blatt des Perit und stößt auf die Vereinigung der vorderen mit der lateralen l wand, dringt daselbst etwa 1 cm tief (bei einem kleinen weniger) ein, wird horizontal weiter geführt und verfolgt bein tritt auf der anderen Seite den entsprechenden Weg in umgel Reihenfolge. Die Fäden (geflochtene Seide No. 4) werden f gezogen, dann in der Tiefe verknotet. Man lässt die Enden a äußeren Wunde heraushängen und entfernt sie nach etwa 40 oder schneidet sie gleich hart am Knoten ab (versenkte] Die äußeren Decken werden mit Katgut vernäht. Der Wund und das Befinden nach der Operation sind ausgezeichnet. Schmerzen, kein Fieber. Zuweilen muss man die Kranke ersten Tagen katheterisiren.

Gegen die extraperitoneale Methode ist Folgendes einge worden.

I. Man setzt sich der Gefahr aus die Blase zu verletzen giebt 2 Wege diese Eventualität absolut zu vermeiden. Ein die Digitalexploration, die uns genau darüber informirt, wo der endet und die Blase beginnt. Andererseits macht in zweifel Fällen die Einführung eines Katheters in die Blase die Unterscheidung noch leichter.

II. Man läuft Gefahr den Darm zu verletzen. In der h talen Rückenlage genügt es allerdings nicht, den Uterus geg vordere Bauchwand zu drängen, um ihn von der Nachbarscha Därme zu befreien. Aber wenn man das Becken bis auf 45° e ist man mit 2 Fingern im Stande den Uterus so genau an die v Bauchwand anzulegen, ja anzudrücken, dass nichts, absolut mehr zwischen der den Uterus umhüllenden Serosa und dem toneum parietale liegt. Ich hatte einmal den direkten Beweis indem ich zum Zwecke der Demonstration einen kleinen Schli Peritoneum machte und ein anderes Mal als ich die intraperit Ventrofixatio vornehmen musste, da der Uterus, trotz der Ver ihn in die richtige Lage zu bringen, retroflektirt blieb.

Man kann auch nicht zugeben, dass man Gefahr läuft ein härente Darmschlinge zu verwunden, da man, ich wiederhol

sorgfältig den Uterus abtasten muss und da wohl Niemand die bekannte Form und eigenthümliche Härte und Glätte des Uterus mit der Gestalt und Konsistenz einer Darmschlinge verwechseln wird.

III. Man sieht nicht was man thut. Die einfache Ventrofixatio kann die Laparotomie entbehren.

In allen Fällen dagegen, wo es nöthig ist, das kleine Becken zu überblicken, Adhäsionen zu lösen, die Diagnose nach dem Augenschein betreffs der Annexa zu vervollständigen, oder wo man zu gleicher Zeit eine Oophorektomie oder Salpingotomie ausführen muss, ist die intraperitoneale Operation natürlich indicirt. Dann ist aber der Eingriff ein mehrfacher, es handelt sich dann nicht mehr um eine reine Ventrofixation.

1) Nach dem, was ich aus einander gesetzt habe, ist die intraperitoneale Ventrofixation kontraindicirt bei Vorfall, der mit pathologischen Veränderungen der Adnexa einhergeht. Die Laparotomie gestattet, sich über den Grad dieser Veränderungen zu informiren und sie zu behandeln.

Sie ist ferner kontraindicirt bei allen rückwärtigen Fixationen, wo die Laparotomie vollständiger als alle anderen Lockerungsmethoden gestattet, den Uterus zu lösen, bevor man ihn an die vordere Bauchwand annäht.

2) Die extraperitoneale Ventrofixation ist außerdem kontraindicirt bei Retroversio und Retroflexio auch ohne Adhäsionen, weil ein Haupterfordernis der vollkommenen Anlagerung des Uterus an die Bauchwand die Schlaffheit der Mutterbänder ist, wie man sie nur beim Vorfall beobachtet.

3) Bei einfachem, nicht komplicirten Prolapsus uteri ist die extraperitoneale Ventrofixation eine einfache, rasch auszuführende Operation, die keine der Gefahren darbietet, die man ihr zugeschrieben hat.

Über Myomoperationen.

Lawson Tait beschreibt die Technik seiner Operationsmethode und hebt die gute Statistik hervor; bei der ersten Serie von 50 Operirten hat er keinen Exitus zu verzeichnen, bei der zweiten mit 58 dagegen 2, und bei der dritten mit 219 Operationen hat er 4 verloren, das ergiebt eine Mortalität von 1,8 %.

A. Martin verweist auf seinen Artikel über Myome in der Festschrift der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft. Abweichend von Fritsch ist er der Ansicht, der Uterus darf nicht faustgroß sein, wenn man ihn per vaginam exstirpiren soll. Er sei ein Anhänger der Enucleation; dieselbe würde trotz der guten Prognose nicht hinreichend gewürdigt. Schröder nannte sie die ideale Operation der Myome. Der Einwand, die Enucleation verhindere die Konception, sei unrichtig. Er selbst hat in einem Falle Gravidität beobachtet,

Hegar in 4 und Krönlein in 3 Fällen. Wenn Myomoperirt gravid würden, so läge das daran, dass einmal viele der Pat. übe ledig seien, dann auch die Mehrzahl der Operirten sich im K terium befänden. Andererseits könne ja auch die Schuld der lität in der Impotenz des Mannes liegen. Die hohe Mortalitä ihren Grund in der vorgeschrittenen Kachexie, zu der es die kommen ließen, bevor sie sich zur Operation entschlössen. geht Redner noch kurz auf einige Bemerkungen des Vorredne

K. Ruhemann (Berl

Olshausen (Berlin) berichtet über einige interessante tionen und demonstrirt die dazu gehörenden Präparate:

1) Exstirpation eines carcinomatösen Uterus mitsammt der S

2) Exstirpation (vaginale) des Uterus wegen Prolaps na Methode von Fritsch.

3) Bei einer osteomalacischen Gravida im 3. Monat mit I ration des retroflektirten Uterus wurde der Uterus von der S aus punktirt. Abort ist nicht eingetreten. Auch ließen die klemmungserscheinungen nicht nach. O. entschloss sich zur U exstirpation.

4) O. hatte Gelegenheit, innerhalb eines Jahres bei eine zwei Extra-uterin-Schwangerschaften zu beobachten und zwei rotomien zu machen. Während das erste Mal ein lebendes, b ausgetragenes Kind aus dem rechten Tubarsack zu Tage ge wurde (Verlauf reaktionslos), ist 1 Jahr und 7 Tage später eine seitige Tubenschwangerschaft im 2. Monat erkannt und die T exstirpation angeschlossen worden. Heilung.

Sack (Langensteinba

Barbour (Edinburg) demonstrirt lehrreiche Durchs durch gefrorene Leichen von Hochschwangeren und von Kreiß in allen drei Geburtsperioden, welche für das Verständnis des Ge mechanismus wichtige Anhaltspunkte ergeben.

Sack (Langensteinba

Inhaltsverzeichnis.

Balandin, J., Ein neuer Operationssaal, insbesondere für Laparotomien. p. 1.
—— Operative Behandlung einer großen Dehiscenz der Narbe nach Kaiserschnitt. p. 5.
Truzzi, E., Über Kastrirung bei Osteomalacie. p. 6.
Fehling, Über Wesen und Behandlung der puerperalen Osteomalacie. p. 8.
Bein, G., Aseptik oder Antiseptik bei Laparotomien? p. 9.
Landau, Diagnostische und therapeutische Erfahrungen über Tubensäcke. p. 16.
Dührssen, Demonstration eines Falles von tiefer Cervix- und eines solchen von Scheidendammincision. p. 25.
—— Einige Bemerkungen zu dem Aufsatz von Sänger: Über Lappen-Trachelorrhaphie. p. 26.
—— Über Operationen an der Portio. p. 29.
Küstner, Amniotische Stränge. p. 30.
v. Ott, Gesetz der Periodicität der physiologischen Funktion im weiblichen Organismus. p. 31.
Gottschalk, Sigm., Zur Entwicklungsgeschichte der menschlichen Placenta. p. 35.
Schatz, Über die Ursachen der Drehung des Kindskopfes um die Achse des Beckens beim Durchgang durch dasselbe. p. 38.
Galabin, Antisepsis in der Geburtshilfe. p. 45.
Slawjansky, Russische Puerperalstatistik. p. 47.
Stadfeldt, Antiseptische Prophylaxe. p. 47.
Fritsch, H., Antisepsis im Puerperium. p. 48.
Döderlein, Kokken der Vagina. p. 54.
Skutsch, Zur Beckenmessung. p. 56.
Boldt, Beitrag zur Kenntnis der normalen Gebärmutterschleimhaut. p. 57.
Engström, Zur Ätiologie des Uterusmyom. p. 59.
Fritsch, H., Über Myomoperationen. p. 60.
Boisleux, Ch., Über Myomotomie. p. 64.
Auvard, Über die Kopfzerstückelung des Embryo. p. 65.
—— Über die Behandlung der schlimmen Brust. p. 68.
—— Über das Tamponiren innerhalb der Gebärmutter. p. 71.
Schatermikoff, Wasch- und Duscheapparat. p. 78.
Clarke, Über die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose der Pyosalpinx als einer Ursache eitriger Beckenentzündung. p. 80.
Menge, Salpingitis gonorrhoica. p. 81.
Abel, Zur Anatomie der Eileiterschwangerschaft nebst Bemerkungen zur Entwicklung der menschlichen Placenta. p. 82.
Halbertsma, Über Kaiserschnitt bei Eklampsie. p. 84.
Calderini, Zwei Operationen. p. 85.
Marocco, Demonstration von Instrumenten. p. 86.
Noeggerath, E., Behandlung der Ovarialcysten. p. 86.
Vuillet, Dilatation des Uterus. p. 87.
Neugebauer (jun.), Selbstmord einer Schwangeren durch Sprung aus dem 3. Stockwerk. p. 88.
Williams, Vaginale Totalexstirpation. p. 98.
Schauta, Dasselbe Thema. p. 98.
Olshausen, Dasselbe. p. 106.
Diskussion: Landau, p. 107. Sajajitzky, Martin, p. 108. Kaltenbach, Düvelius, Czerny, Fränkel, p. 109. Péan, p. 110.

Schultze, B., Bildliche Darstellung des gynäkologischen Tastbefundes.
Winter, Zur Behandlung des Aborts. p. 111.
Pawlik, Über Blasenexstirpation. p. 113.
Apostoli, Über den galvanischen Strom in der Gynäkologie. p. 114.
Bröse, Demonstration medicinisch elektrischer Appárate, welche mit Dynamomaschinen erzeugten Elektricität gespeist werden. p. 116.
Cutter, E., Über Elektricität. p. 120.
Danlou, Die intra-uterine Anwendung des galvanischen Stromes zur He Myome ein wissenschaftlicher Irrthum. p. 120.
Spanton, Über Elektrolyse in der Behandlung uteriner Tumoren. p. 121.
Meyer, L., Dasselbe Thema. p. 122.
Gautier, Behandlung uteriner Fibrome und der Salpingo-oophoritis su mit dem konstanten Strome. p. 122.
Diskussion: Bröse. p. 123.
Landau, Theodor, Bemerkungen über das Thure Brandt'sche Verfahren
Diskussion: Skutsch, Kugelmann, Landau. p. 127.
Döderlein, Über eine vereinfachte Massagebehandlung der Retroflexio uter
Sabatier, Becken mit doppelter Synostosis sacro iliaca ohne quere Verengeru
Edebohls, G., Demonstration von Instrumenten. p. 129.
Freund, H., Demonstration von Beckenbindegewebspräparaten. p. 130.
Veit, Über Hämatocele und Hämatom. p. 130.
Diskussion: L. Landau. p. 131.
Kaltenbach, Erfahrungen über Uterussarkom. p. 131.
Calderini, Künstliche Frühgeburt. p. 133.
Dohrn, Dasselbe Thema. p. 134.
Diskussion: Sänger, Löhlein, p. 135. Fehling, Dobronravow.
Sänger, Über Drainage der Bauchhöhle bei Laparotomien. p. 138.
Neugebauer, L. A. (sen.), Beitrag zur Lehre von der hydrostatischen Be der chronischen Uterusinversion. p. 141.
Frank, Fritz, Über Stumpfbehandlung bei Porro. p. 144.
v. Swiecicki, Apparat zur Anästhesie. p. 145.
Hillischer, Apparat zu Schlafgasnarkosen. p. 145.
Pestalozza, E., Graphische Darstellung des fötalen Herzimpulses durch di lichen Bauchdecken. p. 147.
Boldt, H. J., Peritonitis nach Berstung eines Ovarialhämatoms. p. 148.
Neugebauer, Fr. L. (jun.), Eine bisher einzig dastehende Beobachtung von becken mit utero-sacraler Synechie. p. 148.
Bossi, Die vaginale Fixation des Collum bei Lageveränderungen des Uterus
Arendt, Die Kontraktionsfähigkeit des Uterus und deren praktische thung. p. 151.
More Madden, Über die Behandlung der Cystitis beim Weibe. p. 152.
—— Speculum. p. 152.
Marocco, Cesare, Instrumente. p. 152.
More Madden, Behandlung der Dysmenorrhoe. p. 152.
Mackenrodt, Demonstration von Präparaten. p. 153.
Keppler, F., Über das Geschlechtsleben des Weibes nach der Kastration
Balandin, Zur Frage über Geburtsmechanismus und Ausmessung des Be der Lebenden. p. 156.
—— Zur Frage über künstliche Frühgeburt. p. 158.
Assaki, Extraperitoneale Ventrofixation des Uterus. p. 163.
Lawson Tait, Martin, Über Myomoperationen. p. 165.
Olshausen, Operationen. p. 166.
Barbour, Demonstration von Präparaten. p. 166.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 37. Sonnabend, den 13. September. **1890.**

Inhalt: I. **M. Flesch**, Tödliche Lungenblutung während der Menstruation. — II. **J. Kocks**, Zur Therapie der chronischen totalen Uterusinversion. (Original-Mittheilungen.)

1) **Verchère**, Antiseptik. — 2) **Waterhouse**, Peritonitis. — 3) Rapport. — 4) **Kleinwächter**, Künstliche Frühgeburt. — 5) **Martin**, Tubenkrankheiten. — 6) **Martin**, Uterus. — 7) **Axmann**, Missbrauch von Desinficientien. — 8) **Desprès**, Curettement.

9) Verhandlungen der geburtshilflichen Gesellschaft zu London. — 10) Bericht der Belgischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. — 11) **S.-Moulin**, Intra-uterin-Katheter. — 12) **Gouilioud**, Kaiserschnitt. — 13) **Mijnlieff**, Retroplacentare Blutung. — 14) **Terrillon**, 35 Ovariotomien. — 15) **Blagowestschensky**, Carcinom. — 16) **Thiéry**, Erysipel und Gravidität. — 17) **Skutsch**, Beckenmessung.

I. Tödliche Lungenblutung während der Menstruation.

Von

Prof. Dr. **Max Flesch** in Frankfurt a./M.

In einer früheren Notiz[1] habe ich mehrere Fälle erwähnt, in welchen Blutungen aus verschiedenen Organen während der Menstruation den Tod herbeigeführt, oder zum tödlichen Ausgang anderer Krankheiten beigetragen haben. Vor einiger Zeit habe ich Gelegenheit gehabt einen weiteren derartigen Fall zu beobachten. Ich glaube denselben kurz hier mittheilen zu sollen, weil vielleicht eine Vermehrung solcher Beobachtungen für die Theorie der menstrualen Blutungen, wie ich angeführten Orts zu zeigen versucht habe, eine Bedeutung haben kann.

Frau S., 28 Jahre alt, erkrankte im sechsten Monat der Schwangerschaft an einer ziemlich hartnäckigen Bronchitis, die ihr um so mehr Beschwerde machte, als die kleine untersetzt gebaute Frau außerordentlich fett war und bereits deutliche Zeichen von Verfettung des Herzens darbot. Im weiteren Verlauf der Schwangerschaft besserte sich der Zustand, die Entbindung verlief glatt, eben so das Wochenbett, wenn man von einem solchen sprechen kann, da Pat. schon am dritten Tage sämmtliche häuslichen Verrichtungen wieder aufnahm. Nach etwa

[1] Eine Frage zur Lehre von der Menstruation. Dieses Centralblatt 1886. No. 19.

2 Monaten, mit Beginn der kühlen Jahreszeit, stellte sich die Bronchitis v heftiger ein und nahm, vielleicht durch den Aufenthalt in der ganz außerord ungesunden Wohnung, den Charakter der putriden Bronchitis an. Ich r früher als ich dies gewöhnlich thue entwöhnen lassen, weil sich zwei Monat der Entbindung leichte Ödeme einstellten. Einige Tage nach dem vollstä Entwöhnen, das ohne Beschwerden verlief, stellte sich vorübergehend Athe mit leichtem Fieber ein. Die Untersuchung ergab eine umschriebene Dän rechts, die sich scheinbar als Verbreiterung der normalen Herzdämpfung dar Das Fieber ging zurück, die Athemnoth besserte sich, der putride Charakt Auswurfs hatte unter dem Gebrauch von Inhalationen mit Emser Wass sich wesentlich gebessert, so dass ich dem Manne der Pat. gegenüber mein ungünstige Prognose bereits etwas abschwächen konnte, als plötzlich 10 Tag dem Fieberanfall blutiger Auswurf erschien, der sich rasch zur Hämoptoe ste der die Pat. in wenig Stunden erlag.

Die Sektion ergab in wesentlicher Übereinstimmung mit der im Leb stellten Diagnose, Bronchitis, fettige Entartung des Herzens, die rechts Dämpfung rührte von einem kleinen Infarkt her, der hier ohne jede Sp blutigem Auswurf verlaufen war und nach seiner Beschaffenheit nur mit dem l vor dem Tode eingetretenen Anfall in Zusammenhang gebracht werden k Frische Infarkte waren nicht zu finden. Trotz sorgfältigsten Suchens gelang e eine größere Gefäßruptur als Ursache der tödlichen Blutung nachzuweisen. S liche Bronchien waren in beiden Lungen mit schaumigem Blute erfüllt; die B musste in den kleineren Bronchien ihren Ausgang genommen haben. — Beim des Uterus war die Schleimhaut blutig unterlaufen, der schleimige Inh Uterushöhle blutig gefärbt. In dem einen Eierstock fand sich eine etwa ein meter im Durchmesser haltende mit Blut erfüllte Cyste, welche sich auf der fläche eröffnet hatte, offenbar ein frisch geborstener Follikel.

Wie bereits erwähnt war Frau S. seit der Entbindung nicht mehr unw worden. Offenbar war am Todestag die erste Menstruation nach dem Entv eingetreten, diese hatte sich in gewöhnlicher Weise im Uterus lokalisirt. I bei war es aber unter dem Einflusse des Status menstrualis und einer dur hochgradigen, seit langer Zeit bestehenden entzündlichen Veränderungen i Bronchien gegebenen Prädisposition gleichzeitig zu vielfachen kapillären H serreißungen in den Bronchien gekommen. Im Sinne der damals ausgespro Auffassung der menstrualen Blutung glaube ich die hier beobachtete Bro blutung mit den vorübergehenden, mit der Menstruation verbundenen vason schen Störungen im Organismus in Zusammenhang bringen zu dürfen.

II. Zur Therapie der chronischen totalen Uteri version.

Von

Dr. J. Kocks,

Docent an der Universität Bonn.

Die Mittheilung eines von Prof. Kézmárszky in der Budap Universitätsklinik behandelten Falles von Inversio uteri totalis c Johann Bársony in diesem Centralblatte No. 28 a. c. veran mich auf eine dieselbe Therapie behandelnde Abhandlung, die im Jahre 1881 in der Berliner klinischen Wochensch (No. 33 p. 470), betitelt: »Inversio uteri chronica completa. I versio nach 16monatlichem Bestehen. Erfolglose Braun'sche peuryse. Heilung mittels des hier abgebildeten Tampons« veröf lichte, hinzuweisen. Bársony beschreibt (l. c.) die erfolgre

Bemühung Kézmárszky's, den prolabirten Uterus durch Jodoformgazestreifen in der Scheidenachse zu fixiren und alsdann den Braun-schen Kolpeurynter auf den Fundus uteri einwirken zu lassen. —

Diese von richtigen Gesichtspunkten geleitete, mechanisch klare und zielbewusste Therapie, war denn auch erfolgreich, während eine längere Kolpeuryse mit dem Braun'schen elastischen Scheidentampon, ohne Beihilfe der Gazestreifen, Kézmárszky und einen die Pat. vorher behandelnden Kollegen, genau wie es in meinem Falle geschah, ganz und gar im Stiche gelassen hatten. — Das Anfüllen des Scheidengewölbes mit Jodoformgazestreifen um den invertirten Uterus herum, bedingte nach der Darstellung Bársony's die Möglichkeit den Druck des Braun'schen Kolpeurynter auf den Fundus in geeigneter Weise einwirken zu lassen, während vorher das prolabirte Organ zur Seite gedrängt, nicht aber reinvertirt wurde. Die gegebene Erklärung der mechanischen Wirkungsweise des Braun'schen Kolpeurynters und besonders der Gazetamponade Kézmárszky's, ist jedoch, meiner Meinung nach (vgl. meine früheren Ausführungen l. c.), nicht erschöpfend genug. Es tritt zu der Wirkung des Kolpeurynters in der Richtung der Levret-schen Achse diejenige der Gazetamponade, die radiär zur ersteren wirkt.

In radiärer Richtung also auf die Druckwirkung des Kolpeurynters drückt die Gaze als ringförmiges, den evertirten Uterus komprimirendes Ganze, wodurch der erzielte Effekt auf das vollkommenste von Kézmárszky erreicht wurde.

Die chemische Reizung des Jodoforms, die mechanische der Gaze als flüssigkeitaufsaugendes Gewebe, will ich nicht besonders hervorheben, da sie nicht mitzuwirken brauchen, um die Reinversio zu bewirken, wie aus dem von mir beschriebenen Falle ersichtlich, wo jeder chemische Reiz fehlte und wo ich zur Bewirkung des Seitendruckes auf den evertirten Körper einen von mir dazu konstruirten »Kegeltrichtertampon« aus Kautschuk in Anwendung zog, der beides, den Achsendruck und den Seitendruck, gleichzeitig ausübt.

In dem erwähnten Falle bewirkte mein Kolpeurynter den gewünschten Achsen- und Seiten- oder radiären Druck so prompt, dass in kürzester Zeit die Inversio chronica completa, nach fast 16monatlichem Bestehen, reducirt wurde.

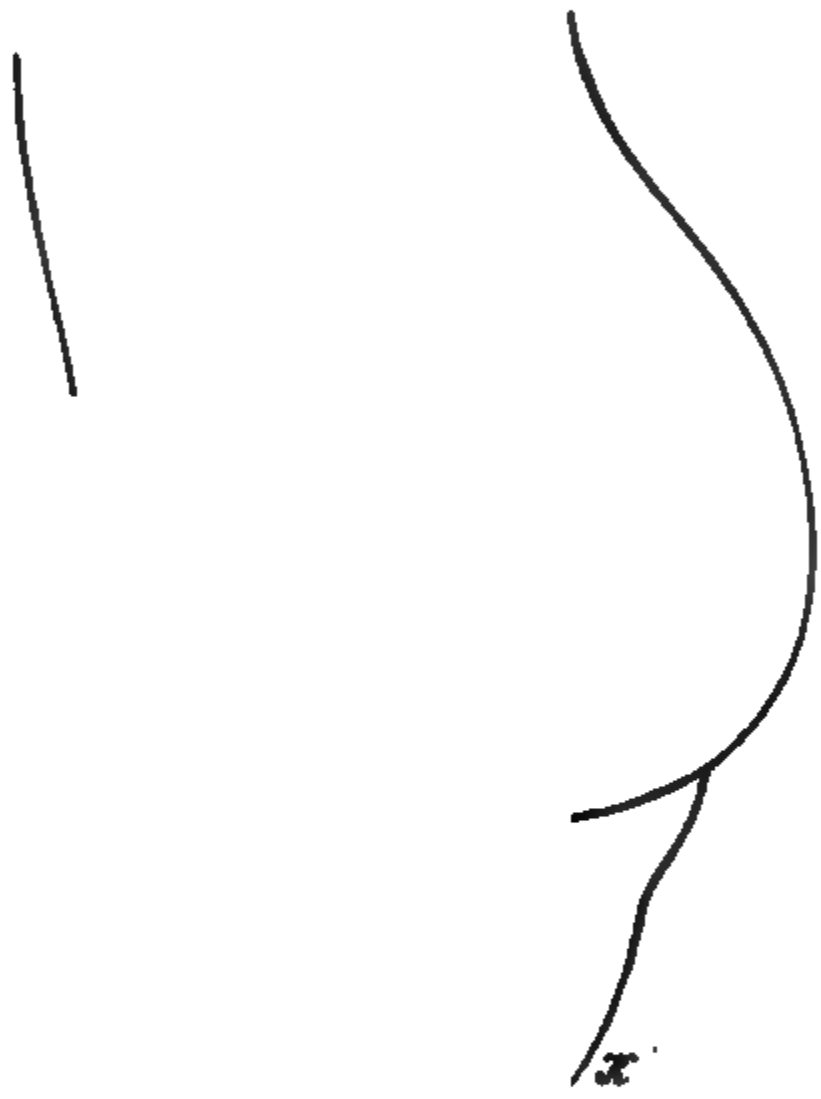
Ich verweise bezüglich der näheren Details und der mechanischen Effekte auf den erwähnten Aufsatz, und bemerke nur, dass der Tampon außer den hervorgehobenen beiden Druckwirkungen nicht minder die einzige, welche die sphärische Braun'sche Blase bei chronischen Inversionen überhaupt äußert, in gleichem Maße besitzt, nämlich die Dehnung des Inversionstrichters, mittelbar, durch Spannen der Scheidenwandung.

Zum besseren Verständnis der Tamponwirkung reproducire ich hierunter in Fig. 1 und 2 die Zeichnungen meines damaligen Aufsatzes, in etwas dadurch anschaulicher gemacht, dass die vorliegen-

den Bilder gleichzeitig mit der Wirkung des Tampons den Ur des Körperdurchschnittes der Pat. wiedergeben.

Die Fig. 1 zeigt wie der mit eingestülptem »Trich versehene Tampon das Scheidengewölbe spannt, den Uterus f jedoch auch allseitig komprimirt, während gleichzeitig der I resp. Wasserdruck des Trichterkolpeurynters ihn nach o hin presst und zu reinvertiren strebt.

Fig. 1.



Die Fig. 2 zeigt denselben Tampon mit nach außen gest tem Trichter, der, jetzt als »Kegel« aus der Kautschukblase he ragend, in die Cervix eindringt, und den bereits theilweise rein tirten Uteruskörper zum gänzlichen Zurücktreten zwi

In beiden Figuren ist die Druckwirkung des »Kegeltrich tampons« durch Pfeile angedeutet. —

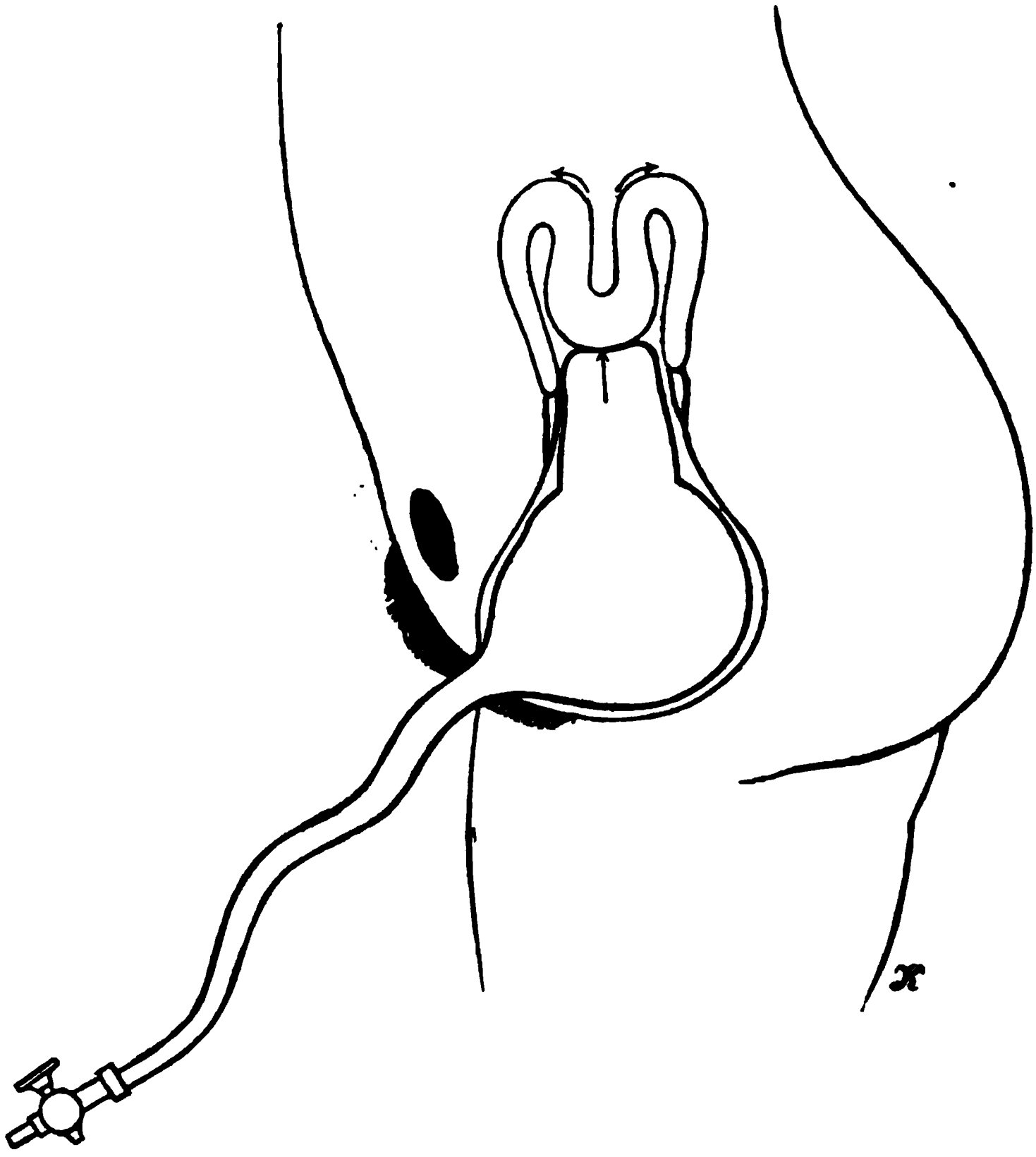
Dass der Braun'sche Kolpeurynter dazu in meinem Falle e so wenig im Stande war, wie in dem Kézmárszky'schen, geht aus misslungenen Versuch hervor, den ich, aus scheinbar gu Grunde machte, nämlich, zwischen der Verwerthung des Trich und des Kegels meines Tampons den Braun'schen Kolpeurynter Zwischenglied zu benutzen, während mein Tampon mit Co

die Reinversio alsbald herbeiführte (siehe l. c. p. 472), so wie aus den früheren wochenlangen Versuchen mit dem Braun'schen Tampon allein die Reinversion zu bewirken.

Ich glaube daher zur Erzielung der von Kézmárszky erstrebten Wirkung den von mir damals beschriebenen Kegeltrichtertampon nochmals empfehlen zu dürfen. —

Die »die Haltung des Uterus sichernden Bemühungen« sind mithin nicht mehr ganz neu, wie Bársony glaubt.

Fig. 2.



Am Schlusse meiner damaligen Mittheilung deutete ich auf die Brauchbarkeit meines Tampons auch zu anderen Zwecken, mit folgenden Worten hin:

»Endlich will ich noch darauf hinweisen, dass der hier verwendete Tampon sich mit Vortheil zur Blutstillung bei Placenta praevia mit klaffender Cervix, zur Erregung von Kontraktionen bei künstlicher Frühgeburt nach einigermaßen eröffnetem Muttermund und zu sonstigen therapeutischen Zwecken in Anwendung ziehen lässt.«

Ich habe nun inzwischen von der Anwendung des Tampons besagten und anderen Zwecken häufigen Gebrauch gemacht und k meine damaligen Angaben bestätigend hinzufügen, dass ich der Wirkung stets sehr zufrieden war, so dass mir Tampon unentbehrlich geworden ist.

Außer zu genannten Zwecken habe ich in mehreren Fällen gestielten, intra-uterinen Tumoren den Tampon zum Zw einer genügenden Eröffnung des Cavum uteri verwendet und gefun dass er ganz vorzüglich wirkt.

Der »Kegel« dringt in die klaffende oder vorher etwas erwei Cervix hinein, dehnt bei stärkerer Auftreibung des Tampons kr und liegt sicher.

Aus Vorstehendem geht hervor, dass mich genau dasselbe Pri die Therapie in meinem Falle lenkte, wie Kézmárszky, nur, darin sehe ich einen Vortheil meiner Methode, dass m Tampon den Seitendruck mit dem Achsendruck kombinirt dass, was bei der Anwendung von Gaze nicht möglich ist, Druck in dem Tampon successive durch die Luftpu gesteigert werden kann. —

In Ermangelung meines Trichterkegeltampons ist das K márszky'sche Verfahren ganz vorzüglich und in so fern sehr we voll, als es nochmals zeigt, was die konservative Therapie überh zu leisten im Stande ist.

Es freut mich daher sehr in dem therapeutischen Vorgehen Herrn Prof. Kézmárszky eine Bestätigung der von mir vor m mehr nahezu 10 Jahren gemachten Erfahrung erblicken zu kön dass der dauernde Achsen- und Seitendruck genügt Jahre alte Inversionen zu beseitigen.

Die chronische Inversion gehört zu denjenigen Leiden, die Seltenheit der Fälle halber der Autodidaxie nicht zugänglich s so dass erst die Erfahrungen vieler Beobachter zusammen gleich nur eine einzige Erfahrungsthatsache zu liefern im Stande sind

desshalb hielt ich es nicht für überflüssig, im Anschluss an Kézmárszky'schen Fall, meine Methode, die chronische Inver anzugreifen, hier nochmals zu berühren. Inzwischen habe ich legenheit gefunden den Tampon [1] zur Einleitung der künstlichen F geburt auf dem letzten internationalen medicinischen Kongress Berlin, ebenfalls in empfehlende Erinnerung zu bringen.

Bonn, den 5. September 1890.

---

[1] Herr Instrumentenmacher Eschbaum hierselbst fertigt auf Wunsch Tampon in 3 Größen.

1) **Verchère** (Paris). Antiseptik der normalen Geburt und ihre Resultate.

(L'abeille méd. 1890. No. 9. p. 69.)

Um den Uterus und seine Placentarwunde vor Eindringen septischer Stoffe zu schützen, genügt dem Verf. die heutige geburtshilfliche Antiseptik nicht mehr. Er geht in seinen Forderungen sehr weit und streng vor. Schon 4 Wochen ante partum müssen sich seine Wöchnerinnen 2mal täglich Scheidenausspülungen mit 1 : 1000 Sublimat machen, in der letzten Woche wird nur einmal in 2 Tagen irrigirt, dazwischen bleibt ein Jodoformgazetampon in der Scheide liegen. Auf die Weise werden die Geburtswege für den Geburtsakt aseptisch gemacht. Mit Beginn der Wehen wird, nach Herausnahme des letzten Tampons, touchirt und, falls die Geburt normal verläuft, ein neuer eingelegt, bis er vom nachfolgenden Kopf ausgestoßen wird. Nach Beendigung der Geburt eine Scheidenausspülung mit Sublimat und wiederum ein Tampon, welcher am nächsten Tage, alsdann aber alle 2 Tage, schließlich sogar alle 3 Tage gewechselt wird. Vor die Vulva eine Jodoform- oder Sublimatkompresse.

Dieses etwas umständliche Verfahren ergiebt nach Verf. absolute Apyrexie in allen Fällen bei verschwindend geringer Sekretion aus den Genitalien. Dadurch wird die Fabel vom Milchfieber so wie von »eitrigen« Lochien endgültig umgestürzt und ist jede Steigerung der Körpertemperatur und eitriger Charakter der Lochien nur auf Infektion zurückzuführen. Verf. hat bei seinem Verfahren nur am ersten Tag etwas Blut gesehen, am zweiten etwas blutig-seröse Flüssigkeit, vom dritten Tag an nur verschwindend wenig Serum.

Wie richtig die Methode auch durchdacht ist, sie wird — meint Ref. — in den seltensten Fällen — durchzuführen sein.

Sack (Langensteinbach).

---

2) **Herbert J. Waterhouse.** Experimentelle Untersuchungen über Peritonitis.

(Virchow's Archiv Bd. CXIX. Hft. 2. p. 342—361.)

Die unter Orth gemachte Arbeit behandelt die Frage, unter welchen Umständen pyogene Mikroorganismen eine Entzündung des Bauchfelles hervorzurufen im Stande sind. Als Versuchsthiere dienten hauptsächlich Kaninchen, von Mikroorganismen verwandte W. vorwiegend den Staphylococcus pyogenes aureus und den Streptococcus pyogenes. Zunächst wird die von Grawitz gefundene Thatsache, dass man große Mengen von Staphyl. aur. mit destillirtem Wasser in die Bauchhöhle verschiedener Thiere einführen kann, ohne dass Peritonitis entsteht, experimentell bestätigt. Ein gleiches Resultat ergab das Einführen von frischem Harn und geringen Mengen flüssigen Blutes mit Kokken. Größere Mengen von frischem Blut und ganz besonders Blutgerinnsel bewirken eine tödliche Peritonitis — die bei der letzten Experimentanordnung sehr schnell verläuft. In

Fällen, wo Peritonitis nach einer Operation entsteht, kann eine glatte Operationswunde, wenn sorgfältig genäht, ohne Anstand heilen. Wenn die Mikroorganismen in großer Menge in die Wunde gebracht werden oder wenn man die Wundränder — etwa durch Terpentinbepinselung lädirt, können auch an glatten Laparotomiewunden die Mikroorganismen zur Ansiedlung gelangen. Das gesunde Peritoneum vermag einer Invasion der Organismen von außen her einen großen Widerstand entgegenzusetzen. Thiere, welche einer 6 Stunden dauernden Darmunterbindung unterzogen wurden, erholten sich, wurden nicht pyogene Organismen (Micrococc. prodig.) eingespritzt, so schadete dies nichts, in die Bauchhöhle eingespritzte Staphylokokken bewirkten regelmäßig Peritonitis. Auch in die Ohrvene eingeführte Strepto- und Staphylokokken erzeugten unter diesen Verhältnissen ausnahmslos Peritonitis; ohne Darmunterbindung blieben die Thiere gesund. Thiere mit Darmunterbindung und an entfernter Stelle angelegten septischen Wunden blieben theilweise erhalten — jedenfalls müssen größere Mengen von Mikroorganismen injicirt werden, um Peritonitis unter diesen Verhältnissen zu erzeugen. Die Darmwand ist so lange für die Organismen undurchdringlich, als sie noch nicht nekrotisch geworden ist. Die Verhinderung der Resorption und Entfernung eingespritzter Mikroorganismen, ferner die Schädigung der Gewebe durch Stauungshyperämie führt zur Eiterung, während dieselbe Menge Mikroorganismen normalen Geweben — auch menschlichen — einverleibt reaktionslos eliminiren wird. **G. Middeldorpf** (Breslau).

---

3) Rapport sur une demande de M. le ministre de l'intérieur, relative à la question de savoir s'il convient d'autoriser les sages-femmes à prescrire les antiseptiques, au nom d'une commission composée de MM. Bourgoin, Brouardel, Guéniot, Nocard, Tarnier et Budin rapporteur.

(Extr. du Bull. de l'Acad. de Med. 1890. Februar 4.)

Die Kommission schlug folgenden Desinfektionsmodus für die Hebammen vor: nach der gewöhnlichen Desinfektion werden die Hände der Hebamme und Geschlechtstheile der Kreißenden mit folgender Lösung gewaschen: Sublimat 0,25, Weinsäure 1,0, Bordeauxroth 0,001. Auf dem Packet steht gedruckt: Sublimat 0,25 für ein Liter Wasser, giftig. Die Metallinstrumente der Hebammen sind in kochendem Wasser zu sterilisiren, außerdem ist Sublimat vaseline 1 : 1000 den Hebammen in den Apotheken zu verabreichen. Karbol ist zur Vereinfachung des Desinfektionsverfahrens fortzulassen.

G. Middeldorpf (Breslau).

---

4) **Ludwig Kleinwächter.** Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. Zweite Aufl.

Wien, **Urban** u. **Schwarzenberg,** 1890. 62 S.

Die Monographie K.'s schränkt die Indikationen zur künstlichen Unterbreehung der Schwangerschaft, welche, selbst wenn alle anti-

septischen Kautelen streng eingehalten werden, nie ein belangloser Eingriff ist, vielmehr eine schwere Komplikation für ein gleichzeitig bestehendes Leiden darstellt, vielfach ein; so werden nicht als Indikationen angesehen die perniciöse Anämie, Leukämie, Nierenerkrankungen, Eklampsie, chronische Herzkrankheiten, Pleuritis. Die Punktion des Uter. gravid. retroflex. wird verworfen.

Von den Operationsmethoden werden empfohlen: Einspritzen von sterilisirtem lauem Wasser zwischen Uteruswand und Eihäute oder das Einführen von Bougies.

Ein sehr ausgiebiges Litteraturverzeichnis ist beigegeben.

G. Middeldorpf (Breslau).

---

5) **A. Martin** (Berlin). Tubenkrankheiten.

(Sep.-Abdr. aus d. Realencyklopädie der ges. Heilkunde. 2. Aufl.)

Wien, **Urban & Schwarzenberg**, 1890.

Kurze und klare, auf den eminenten Erfahrungen des Verf. aufgebaute Schilderung der Tubenkrankheiten mit specieller Berücksichtigung der pathologisch anatomischen Untersuchungen von Ortmann, aus dessen bekannter Arbeit (Virchow's Archiv Bd. CVIII) eine Reihe von Abbildungen beigegeben sind. Die Eintheilung M.'s ist folgende: Salpingitis catarrhalis a) simplex, b) diffusa seu interstitialis und Salp. purulenta. Den Schluss der Arbeit bilden die Neubildungen.

G. Middeldorpf (Breslau).

---

6) **A. Martin** (Berlin). Uterus.

(Sep.-Abdr. aus d. Realencyklopädie d. ges. Heilkunde. 98 S.)

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1890.

Eben so übersichtlich ist der zweite Aufsatz M.'s in dem großen Sammelwerk. Leider verbietet der Umfang des Centralblattes auf die Details dieser Arbeit einzugehen, welche durch eine Reihe von Abbildungen vorzüglich ausgestattet ist.

G. Middeldorpf (Breslau).

---

7) **C. Axmann.** Über den Missbrauch der inneren Desinfektion an gesunden Frauen.

(Sep.-Abdr. a. d. Jahrb. d. kgl. Akademie gemeinn. Wissensch. zu Erfurt 1889. 17 S.)

Auf Grund einer 30jährigen Erfahrung als Direktor der Erfurter Provinzial-Hebammen-Lehr- und Entbindungs-Anstalt verwirft A. die innerliche Anwendung von Sublimat und Karbol bei gesunden Wöchnerinnen und Gebärenden. »Reinlichkeit, Ruhe und Vermeidung aller Vielthuerei und jeglicher inneren chemischen Desinfektionen sind das nur allein Richtige.« In Erfurt erhält jede Schwangere und Gebärende vor der Untersuchung ein Bad und eine Ausspülung mit 25° C. warmen Wassers. In welcher Weise die Reinigung der Hände der Untersuchenden erfolgt, wird leider nicht mitgetheilt, nur in einer Randbemerkung wird vor den wiederholten Waschungen mit Sublimat nach vorausgegangenen starken Bürstenabseifungen der Hände als gefährlich gewarnt. Die Schülerinnen werden nicht eher

zur inneren Untersuchung zugelassen, als bis sie am Phantom ihre Finger so geübt, dass sie ein vorsichtiges Betasten erlernt haben. Dass letzteres in allen Fällen möglich, möchte Ref. bezweifeln. »Karbol und Sublimat sind in der Hand der Studenten und der Hebammen-Schülerinnen gefährliche Gifte, zumal viele Studenten den Werth und die Güte der Geburtshelfer in uneingeschränkter Verwendung des Karbols erblicken.« Das letztere dürfte an gut geleiteten Kliniken und Hebammenlehranstalten wohl überhaupt nicht vorkommen, und die Dosirung und Anwendung der betr. Lösungen nicht den lernenden Personen überlassen werden.

Im Übrigen sind die Resultate in Erfurt gute. »Von 1187 zum Unterricht benutzten Frauen hatten 46 Temperatursteigerung; im Regierungsbezirk Erfurt wurden von 1882—1885 auf 59 044 durch Hebammen Entbundenen 193 Erkrankungen und 76 Todesfälle gemeldet, das auf 1000 3,26 Morbidität und 128 Mortalität am Kindbettfieber.« **G. Middeldorpf** (Breslau).

---

8) **Desprès** (Paris). Über Curettement des Uterus.

(Gaz. des hôpitaux 1890. No. 24. p. 221.)

Verf. theilt seine Erfahrungen über Gebärmutterauskratzung mit, die er grundsätzlich nur auf Endometritis haemorrhagica (nach Verf. Metritis interna haemorrh.) beschränkt. Die Operation wird in Seitenlage, um gewaltsame Verschiebungen des Uterus zu vermeiden, vermittels einer Recamier'schen Curette vorgenommen und die ganze Uterushöhle, nach vorhergehender Verbesserung der fehlerhaften Gebärmutterlage ausgeschabt. Danach folgt eine ein- oder zweimalige Ätzung mit einer in koncentrirte Chlorzinklösung getauchten (Chlorzink und Wasser aa) Sonde.

Verf. hat noch nie unangenehme Zwischenfälle, immer nur die besten Erfolge erlebt. Sehr viel komme es auf den Zeitpunkt der Operation an, ob sie nicht zu nah vor oder nach der Menstruation, resp. bei Uteruskoliken vorgenommen wird. **Sack** (Langensteinbach).

Kasuistik.

9) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe in London.

XXX. Bd. für das Jahr 1888.

Der vorliegende Band der Verhandlungen steht an Reichhaltigkeit seines Inhaltes und an wissenschaftlichem Werthe der Vorträge nicht hinter seinen Vorgängern zurück. Es würde den uns zu Gebote stehenden Raum weit überschreiten, wenn wir auch nur kurz auf die darin niedergelegte theilweise hochinteressante Kasuistik eingehen wollten, wir müssen uns darauf beschränken den Inhalt der wichtigsten größeren wissenschaftlichen Arbeiten, so weit sie nicht bereits in unserem Blatte besprochen sind, auszugsweise mitzutheilen.

Die Reihe derselben wird durch eine sehr umfangreiche Arbeit von Robert Boxall eröffnet über Scarlatina während der Schwangerschaft und dem Wochenbette. Der Verf. erinnert zunächst an die Anomalien, welche im Verlaufe des gewöhnlichen Scharlachs sich zeigen, daher ist es nicht auffallend,

dass weitere Anomalien eintreten, wenn er sich mit dem abnormen Zustande, in dem sich der Körper während der Schwangerschaft und dem Wochenbette befindet komplicirt. In der neueren Litteratur finden sich über den Gegenstand die verschiedensten einander widersprechenden Ansichten, vielfach besteht eine hochgradige Verwirrung verursacht durch Vermischung von Puerperalfieber und Puerperalscharlach.

Es werden dann eingehend 16 Fälle von unzweifelhaftem Scharlach zu der angegebenen Zeit auftretend, mitgetheilt.

Weiter macht der Verf. auf das seltene Vorkommen des Scharlachs während der Schwangerschaft aufmerksam und auf das beinahe ausnahmslose Auftreten desselben in den ersten Tagen des Wochenbettes. Er betont, dass zwei Arten von Fällen streng aus einander gehalten werden müssen, diejenigen, bei welchen die Infektion vor der Entbindung und diejenigen, bei welchen dieselbe nachher erfolgt ist. Die Dauer der Schwangerschaft hat einen ausgesprochenen Einfluss auf die Dauer der Incubation. Die Disposition für Infektion ist besonders stark kurz vor der Entbindung und während der ersten Tage nach derselben, erstreckt sich jedoch nicht weit in das Wochenbett hinein. Erfolgt die Ansteckung während der Geburt oder kurze Zeit vor derselben so wird die Incubationszeit abgekürzt.

Der Verf. betont ferner die interessante Thatsache, dass bei Nichtschwangeren der Scharlach gewöhnlich zur Zeit der Menses, kurz vorher oder nachher zum Ausbruch kommt. 16 Fälle, welche diese Thatsache beweisen sollen, werden tabellarisch mitgetheilt.

Hierauf wird der klinische Verlauf einer Betrachtung unterzogen. Die Affektion des Halses ist selten bei Fällen, welche im Wochenbette auftreten und wenn sie vorhanden wenig ausgesprochen, dagegen findet sich eine Anschwellung der Halsdrüsen auch in den Fällen, welche ohne jede Entzündung des Halses verlaufen. Auch stärkeres Ergriffensein der Zunge wird vermisst, dagegen ist die stärkere Röthung des Gesichtes vor Ausbruch des Ausschlages bemerkenswerth. Der Ausschlag selbst bietet einige Eigenthümlichkeiten. Er tritt früher als gewöhnlich auf und verbreitet sich innerhalb weniger Stunden über die ganze Körperoberfläche. Vorwiegend werden die unteren Theile des Körpers von ihm betroffen, indem er gewöhnlich an den Oberschenkeln beginnt. Sudamina treten auffallend häufig auf.

Was den Einfluss des Scharlachs auf den Verlauf der Geburt betrifft, so ist während des Stadiums der Incubation eine Abweichung von der normalen nicht zu beobachten; erfolgt die Geburt während des Ausbruchs der Krankheit, so sind die Wehen schwach, es stellen sich leicht Inertia uteri und Nachblutungen ein. Über die Einwirkung des Scharlachgiftes auf das Wochenbett wurde Folgendes beobachtet: Die Lochien sind nicht verändert, höchstens etwas reichlicher als gewöhnlich, die Milchsekretion ist verringert. Die Involution des Uterus ist nicht verzögert, Lacerationen heilen, wenn richtig behandelt, ohne Schwierigkeit.

Was die Beziehung des Scharlachs zur Septikämie betrifft, so ließ sich eine solche nicht konstatiren. Es können in einzelnen Fällen Erscheinungen von septischer Infektion vorhanden sein. Treten sie frühzeitig auf, so sind sie als zufällige Komplikation zu betrachten, wenn später, so sind sie wohl gleichwerthig mit den sekundären Halsaffektionen, Ausdruck eines septischen Processes. In seltenen Fällen mag die Krankheit verschlimmert verlaufen, die gewöhnlichen Erscheinungen des Scharlachs nicht vorhanden sein oder der Aufmerksamkeit des Beobachters sich entziehen und nur solche Symptome sich zeigen, welche gewöhnlich auf eine septische Infektion zurückgeführt werden. Zum Schluss bespricht der Verf. noch die Behandlung, wobei er das Hauptgewicht naturgemäß auf Prophylaxe legte. Isolirung der Kranken, strenge Desinfektion, Entfernung der Schwangeren aus inficirter Umgebung spielen dabei die Hauptrolle.

An den Vortrag schloss sich eine eingehende, auf zwei Sitzungen vertheilte Diskussion, an der sich fast alle hervorragenden Mitglieder der Gesellschaft betheiligten. Wir müssen auch auf kürzere Mittheilung aus derselben verzichten und uns begnügen auf dieselbe hingewiesen zu haben.

Ernst Herman hat in Verbindung mit Fowler die Wirkung des Ergotin auf die Involution studirt. Vergleichendes Messen des Gebärmuttergrundes über der Symphyse an verschiedenen Tagen des Wochenbettes bei zwei Reihen von Wöchnerinnen, von denen die einen nur die übliche Dosis Ergotin unmittelbar nach der Geburt, die anderen täglich während 14 Tagen erhielten. Bei den mit Ergotin behandelten Fällen war eine raschere Abnahme des Umfanges der Gebärmutter festzustellen, dagegen wurde ein Einfluss auf die Dauer des Wochenflusses vermisst.

Zwei Sitzungen der Gesellschaft am 6. und 21. Juni wurden von Debatten über die Elektrolyse und ihre Erfolge eingenommen.

Stearenson, nicht selbst Gynäkologe, sondern Elektriker am St. Bartholomewshospital, eröffnet dieselbe mit Bemerkungen über die Anwendung der Elektrolyse in der gynäkologischen Praxis. Derselbe bespricht zunächst die in derselben gebräuchlichen Ätzmittel und wendet sich sodann zur Elektricität, die er vorwiegend in ihrer Eigenschaft als leicht anzuwendendes, leicht dosirbares Kaustikum behandelt. Er beschreibt dann die Theorie der Wirkung der Elektrolyse, die zu ihrer Anwendung nothwendigen Apparate und Instrumente und schließt mit der Art der Anwendung derselben bei verschiedenen Krankheiten.

Über denselben Gegenstand, die therapeutische Wirkung des konstanten Stromes, handelt John Shaw. Er beschreibt die Erscheinungen, welche ein Myom, durch Laparotomie entfernt, unter Einwirkung starker Ströme in chemischer und mikroskopischer Beziehung darbietet, bespricht die verschiedene Einwirkung des positiven und negativen Stromes auf Granulationsgewebe, die Wirkung bei intra-uteriner Anwendung und bei Punktionen, so wie den allgemeinen Einfluss auf Cirkulation, Temperatur, Hautsensibilität, Urinsekretion. Aus seinen Beobachtungen zieht der Verf. den Schluss, dass der konstante Strom bei Myom in dreifacher Weise wirkt: 1) nur in geringem Maße durch elektrolytische Wirkung, indem die Anode mehr die Zellen, die Kathode mehr die geformten Elemente beeinflusst; 2) durch die hämostatische Wirkung der Anode und die ableitende der Kathode; 3) durch vermehrte Spannung der Arterien und dadurch bedingte verminderte Ernährung.

Die Diskussion ist eine sehr lebhafte, Anhänger und Gegner der Methode treffen hart auf einander, der Gesammteindruck ist, dass die Angelegenheit noch nicht spruchreif ist.

In der Sitzung am 4. Juli spricht Boxall eingehend über Sublimatvergiftung bei Wöchnerinnen. Ursache derselben kann vermehrte Aufsaugung oder verminderte Absonderung sein. Was erstere betrifft, so kann dieselbe von Seiten der Uterusschleimhaut erfolgen auch in Fällen, wo nur Vaginalinjektionen gemacht sind, ferner kann dieselbe stattfinden durch Risse des Cervix, der Scheide, des Dammes oder auch durch die unverletzte Schleimhaut der Scheide. B. macht folgende Vorschläge, um die Gefahr der Aufsaugung zu vermindern: 1) Sorge für gute Kontraktion der Gebärmutter und Verwendung der Lösung in solcher Temperatur, dass durch sie die Zusammenziehung angeregt wird. 2) Anwendung der Einspritzung allein in aufrechter Stellung bei gleichzeitiger Überwachung der Gebärmutter. 3) Nach Beendigung der Einspritzung Ausdrücken des Uterus gleich einem Schwamm, falls derselbe erschlafft sein sollte. 4) Vorläufiges Verschließen sämmtlicher Lacerationen.

In Betreff der Verminderung der absondernden Kräfte der Exkretionsorgane kommen hauptsächlich Nieren und Darm in Betracht. Wenn erstere erkrankt sind, ist Sublimat zu meiden; die Nierenthätigkeit, besonders bei heißem Wetter, ist anzuregen, eben so die Darmthätigkeit.

11 Fälle werden tabellarisch angeführt, bei welchen sich Erscheinungen leichter Sublimatvergiftung zeigten, bei 200 Fällen im Ganzen ein enorm hoher Procentsatz. Die Kranken wurden vor der Geburt mit Kal. hypermanganicumlösung ausgespült, nach derselben unmittelbar mit Sublimatlösung 1 pro mille, dann später mit 1 : 2000 resp. 1 : 4000. Schließlich wird ein Fall von Sublimattod mitgetheilt.

Eine eingehende Abhandlung über den Werth des Pilocarpin liefert John

Phillips. Er betrachtet dasselbe zunächst in seiner Wirksamkeit als Abortivmittel, behufs Einleitung künstlicher Frühgeburt. Neben zwei eigenen Fällen, welche eingehend mitgetheilt werden, hat P. aus der Litteratur, vorwiegend der deutschen, 27 weitere gesammelt. Unzweifelhaften Erfolg fand er nur bei fünf, daraus zieht er den Schluss, dass Pilocarpin wohl im Stande ist unter günstigen Verhältnissen, wenn bereits eine Neigung zu frühzeitiger Beendigung der Schwangerschaft besteht, eine solche herbeizuführen, doch ganz unsicher in seiner Wirkung ist.

Während der Geburt hat P. das Mittel in 5 Fällen versucht und 39 Fälle aus der Litteratur angefügt. Bei 28 war eine günstige Wirkung zu konstatiren. Er hält das Mittel dem Ergotin gleichwerthig, doch noch sicherer in seiner Wirkung und weniger gefährlich, da es keine tetanische Kontraktionen hervorruft. Jedoch sollte das Mittel niemals gegeben werden wenn irgend ein Verdacht auf erschwertes Herabsteigen des vorliegenden Theiles besteht, da Uterusruptur oder Tod der Frucht die Folge sein könnte. Am wirksamsten ist es bei einfacher Inertia uteri. Bei Nachblutungen ist es wirkungslos.

Unter 39 Fällen von Eklampsie, die Verf. zusammenstellte, endeten 31 günstig für die Mutter. Wenn auch bei 28 eine günstige Wirkung des Mittels zu konstatiren war, so stellten sich in 9 Fällen doch derartige drohende Erscheinungen ein, dass P. sich veranlasst sieht, dringend vor dem Gebrauche zu warnen, besonders wenn Koma besteht.

Eigenthümlich war in einem Falle, den Galabin mittheilt, die Wirkung des Chloroform auf die Herzaktion einer mit Pilokarpin behandelten Eklamptischen. Der Puls, welcher 80 bis 90 Schläge betragen hatte, stieg unter dem Einflusse des Chloroforms rasch auf 180, sank nach Aussetzen des letzteren auf 95 und ging nach wiederholter Einathmung auf 200 und mehr Schläge in die Höhe. Daher erscheint doppelte Vorsicht geboten, bei gleichzeitiger Verwendung beider Mittel.

Eine sehr fleißige Arbeit, die manches Interessante bringt, bietet Alban Doran über Myome und Fibromyome der Gebärmutter und ähnliche Geschwülste der Eierstöcke. Dieselbe ist zu kurzem Referat nicht geeignet.

Matthews Duncan spricht in der Sitzung vom 7. November über Incarceration, Retroversion und Strangulation von Uterusfibroiden im Becken. Incarceration ist nicht durch Verwachsungen bedingt, sondern meist durch schädlichen Druck. Das Hauptsymptom ist neben Druckerscheinungen Urinverhaltung. Reposition ist nur in seltenen Fällen erfolgreich, da die Geschwulst leicht ihre frühere Lage wiederum einnimmt. Dieselbe wird in derselben Weise wie beim retrovertirten schwangeren Uterus ausgeführt. Retroversion eines Fibroides ist selten und kann sehr verschiedenartig sein, doch gleicht sie, was Erscheinungen und Behandlung betrifft, sehr derjenigen des schwangeren Uterus.

Von Strangulation eines Fibroides hat D. nur einen Fall gesehen, den er mittheilt.

Meredith theilt einen Fall mit, in welchem er wegen wiederholt wiederkehrender Incarceration eines Fibroides die supravaginale Hysterektomie ausführte. Die Entwicklung der Geschwulst aus dem Becken war schwierig, dieselbe wog 2 Pfund und hatte die Größe einer Kokosnuss. Glatte Heilung.

Über die Wirkung des Glycerins auf die Menge des in die Scheide ergossenen Sekretes handelt ein Vortrag von E. Herman. Der Verf. theilt seine Versuche mit, die er angestellt, um exakt festzustellen, ob dem Glycerin in der That die Wirkung, welche ihm zugeschrieben, die Sekretion zu vermehren, zukomme. Die Versuche wurden mit Glycerinwattetampons oder Suppositorien aus Glycerin und Gelatine angefertigt, angestellt. Die Menge des Glycerins wurde gewogen, eben so die Menge des gesammten Sekretes bei derselben Kranken mit oder ohne Anwendung des Glycerins. Das Resultat der Versuche ist folgendes: 1) Ist die Sekretion nicht sehr reichlich, so wird dieselbe durch Glycerin vermehrt. 2) Ist dieselbe reichlich, so ist keine Einwirkung festzustellen.

Engelmann (Kreuznach).

10) Belgische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Sitzung vom 18. Mai 1890. Brüssel.

Vor der Tagesordnung legt Küfferath ein Präparat eines carcinomatösen Uterus vor, den er durch Totalexstirpation entfernt hat. Wegen der ausgesprochenen Fettleibigkeit und der großen Enge der Vagina konnte K. nicht daran denken, die gewöhnliche vaginale Hysterektomie vorzunehmen, sondern operirte nach Art von Sänger[1], indem er eine Incision in der Ischio-rectal-Gegend ausführte, welche von der rechten großen Schamlippe ausging und mit Umgehung des Anus am Steißbein endigte. Auf diese Weise konnte er leicht den Uterus herabziehen und wie gewöhnlich die Hysterektomie ausführen. Pat. heilte vollständig, nur besteht noch gegenwärtig eine Urethralfistel, welche sich nach der Operation gebildet hatte. Die Tagesordnung selbst bildete die Diskussion über die Behandlung der chronischen Metritis.

Das Resultat dieser Diskussion, an der sich besonders Walton (Brüssel) und Fraipont (Lüttich) betheiligten, war eine Verurtheilung der Behandlung mit Chlorzinkpaste (pâte de Canquour). Sie wird 1) als gefährlich anerkannt, 2) bietet sie den großen Nachtheil, dass man bei der Einführung des Stiftes in den Uterusraum im Dunkeln arbeitet, nicht wissend, wie viel Uterussubstanz man vernichtet.

Die Behauptung von Bork (Brüssel), dass bei der Behandlung mit dem Chlorzinkstifte nur die Schleimhaut zerstört würde, wird von Fraipont (Lüttich) dadurch widerlegt, dass er in einem ausgestoßenen Schorfe, der durch Chlorzinkpaste bedingt war, deutlich unter dem Mikroskop Muskelsubstanz des Uterus nachweisen konnte.

In der nächsten Sitzung Fortsetzung der Diskussion über Endometritis chronica.

Saulmann (Brüssel).

---

11) Saint-Moulin (Brüssel). Neuer Intra-uterin-Katheter.

(Journ. d'accouch. 1889. No. 24.)

Der St.-M.'sche Katheter gleicht dem Breuß'schen mit dem Unterschied, dass die Spülflüssigkeit nicht nur durch einen oberen, geschlossenen Abschnitt, sondern auch durch einen unteren zugeführt wird, zwischen denen die den Abfluss ermöglichenden Fenster liegen. Auf dem Durchschnitt hat also der Katheter das Ansehen zweier mit der ebenen Fläche einander zugekehrter lateinischer D's, wie beistehend ꝺꝺ.

Graefe (Halle a/S.).

12) P. Goullioud (Lyon). Konservativer Kaiserschnitt, mit günstigem Erfolg für Mutter und Kind.

(Lyon méd. 1890. März 23.)

33jährige IIpara mit rachitischem Habitus; vor einem Jahre durch Embryotomie (Tarnier's Basiotrib) entbunden. Ende der Schwangerschaft, Schulterlage, Wasserabgang vor 18 Stunden, Wehen seit fast 2 Tagen. Übergeführt in die Maternité. Allgemein verengtes, plattes Becken, starke Retraktion des Uterus, zwei schonende Wendungsversuche fruchtlos. Einwilligung der Frau in den Kaiserschnitt, um ein lebendes Kind zu erhalten.

Anästhesie mit Äther; Uterus in situ. Die Incision, vorn median 15 cm, trifft den unteren Rand der Placenta; Kind leicht am Steiß entwickelt; Blutung, bedeutend, steht nach Entfernung der Placenta und Eihäute. 6 Chromkatgutnähte durch Serosa und Muscularis stillen die Blutung; dann seroseröse Nähte mit dünnerem Katgut, die das hier und da etwas abgehobene Peritoneum sehr gut an einander legen. Bei der Entwicklung des Kindes war die Incision um etwa 4 cm weitergerissen. Während der Extraktion der Nachgeburt und während der Naht je eine Spritze Ergotin. Blutung in die Bauchhöhle blieb minim, Därme kamen nur einmal wenig zu Gesicht. Bauchnaht mit Silber- und Katgutjodoform, Gaze, Watte.

Am folgenden Tage 38,9, 38,5, aber Puls von 130—140; leichter Tympanis-

---

[1] Sänger veröffentlicht im Archiv für Gynäkologie einen solchen Fall.

mus, Übelkeit. Unterste Bauchnähte gelöst, Gummidrain in die Excavatio vesico uterina; intra-uterine Sublimatirrigation. Es erfolgte keine Sekretion aus dem Drain. Hierauf glatte Heilung. Kind blieb ebenfalls, nach kurzer Asphyxie munter und erhalten. **Zeiss** (Erfurt).

13) **A. Mijnlieff.** Eine geburtshilfliche Mittheilung.

(Sep.-Abdr. aus dem Frauenarzt 1890.)

Es handelte sich bei einer 30jährigen Primip. nach der Ansicht von M. um eine retroplacentare Blutung als Folge einer vasomotorischen Störung nach Gemüthserschütterung und Absterben der Frucht, deren Extraktion durch eine Uterusstriktur sehr erschwert war. **G. Middeldorpf** (Breslau).

14) **Terrillon** (Paris). Die sechste Serie von 35 Ovariotomien.

(Bull. génér. de Thérap. 1890. Livrais. 8. p. 155.)

Darunter waren 23 multilokuläre Kystome; 7 Parovarial-, 2 Dermoid-, 1 Hydatiden- und 2 sarkomatöse Cysten. Nur in 2 Fällen trat, vermöge schwerer Komplikationen, einmal am 12. Tage, das andere Mal am 40. Tage nach der Operation, Tod ein. In allen übrigen Fällen vollständige Heilung. Achtmal wurde auch das zweite Ovarium mit entfernt. 4 Fälle seien besonders hervorgehoben:

1) Parovarialcyste im rechten Lig. latum. Starke Verdickung der Wandungen. Enukleation äußerst schwierig. Resektion der verdickten Blätter des Lig. lat.; tiefe Nähte. Heilungsverlauf vortrefflich bis zum 18. Tag, wo unter starken Schmerzen und Collaps eine kolossale Hämorrhagie ins kleine Becken stattfindet. 28 Tage darauf wiederholte sich die innere Blutung. Trotzdem ging die Hämatocele langsam zurück, und 7 Monate nach der Operation Pat. genesen entlassen.

2) Cyste mit torquirtem Stiel bei einer 32jährigen Frau. Ausgedehnte Verwachsungen mit Omentum. In der Tiefe Verwachsungen mit einem zweiten Sack, der angerissen viel schwärzliches Blut entleert. Die Entfernung des letzteren, welcher sich als dilatirte Tube erweist, gelingt nicht, und werden seine Ränder in die Bauchwunde eingenäht. Nach Einführung von Drains wird diese Höhle häufig ausgespült. Gute Heilung mit Zurückbleiben einer 5—10 cm tiefen Fistel, aus der — was besonders interessant ist! — zur Zeit der Menses jedes Mal ungefähr ein Esslöffel voll Blut herausquillt. Nach $2^1/_2$ Jahren heilte die Fistel nach wiederholtem Ausglühen vollständig aus.

3) Rapides Wachsthum einer Ovarialcyste in puerperio. Am 25. Tage Leibesumfang 150 cm. Ziemlich hohes Fieber. Peritonitische Erscheinungen. Durch Reißen der Cyste bei Operation entleert sich ihr Inhalt in die Peritonealhöhle. Entfernung beider Ovarien. Toilette des Peritoneums. Fieberloser, merkwürdig rascher Heilungsverlauf.

4) Spontane Ruptur einer gallertigen Cyste. Laparotomie. Exstirpation der Cyste und supravaginale Uterusamputation wegen eines großen Fibroms. Resektion des Omentum. Säuberung des Peritoneums von gallertigen Massen gelingt nur unvollständig. Schnelle Heilung. Ein Jahr später wieder starkes Anwachsen des Leibes auf 160 cm. Zweite Laparotomie. Das bei der ersten Operation gesund erschienene zweite Ovarium cystisch entartet. Die kolossale vielkammerige Cyste platzt, wird aber vollständig entfernt. Das 4 kg schwere gelatinös entartete Omentum wird vollständig resecirt. Die dem Dickdarm aufsitzende faustgroße gallertige Geschwulst gleichfalls abgetragen. Trotz einer riesig langen Bauchwunde (vom Proc. xiph. bis zur Symphyse), trotz aller schweren Komplikationen rasche fieberlose Heilung. **Sack** (Langensteinbach).

15) **N. Blagowestschensky** (Petersburg). Entfernung der carcinomatösen hinteren Vaginalwand und des hinteren Scheidengewölbes.

(Gaz. méd. de Paris 1890. No. 9. p. 97.)

Der Fall betraf eine 33jährige verheirathete Frau. Vor 5 Jahren 3. Geburt. 3 Monate darauf heftige Hämorrhagie, von der sich Pat. übrigens gänzlich erholte. Erst seit wenigen Monaten Schmerzen bei Kohabitation, Hämorrhagien, Schmerzen im Unterleib, gestörte Verdauung, unruhiger Schlaf. Bei der Aufnahme der Pat.

ins Alexanderspital erweist sich die ganze hintere Scheidenwand bis zum Gewölbe derb infiltrirt, höckerig. In der Mitte eine Ulceration, 3 cm im Durchmesser. Rectum, Cervix und Uterus mit Adnexen ganz frei. — Die Operation bestand in Entfernung der ganzen hinteren Vaginalwand, wobei das hintere Gewölbe und ein Stück der hinteren Lippe mitgenommen wurden. Aus Versehen wird Douglas eröffnet. Sofortige Naht. — Die Wunde granulirt sehr lebhaft mit Ausnahme der centralen Partie, wo das Geschwür saß, welche auch nach 35 Tagen nicht ganz benarbt ist. Recidiv ist zu erwarten, da die Geschwulst sich als ein Carcinom mit zum Theil skirrhösem, z. Th. epitheliomartigem Habitus erwies. Die Verletzung des Douglas blieb ohne Folgen, da die Asepsis eine vollkommene war. Schmerzen und Hämorrhagien blieben gänzlich weg. **Sack** (Langensteinbach).

16) **P. Thiéry** (Paris). **Erysipel und Gravidität.**

(Gaz. méd. de Paris 1890. No. 8 u. 9. p. 87 u. 99.)

Die sehr ausführliche Krankengeschichte betrifft eine Lymphangoitis, aus einer leichten Verletzung am Fuß, im 1. Monate der Gravidität entstanden, die Anfangs nur lokal verläuft. Gegen 5. Monat dehnt sich das Erysipel auf die ganze Extremität aus, unter consecutiver Bildung von 30, mitunter sehr tiefen Abscessen. Der schwere Zustand der Infektion, mit Ikterus, hartnäckiger Epistaxis, hohem Fieber und äußerster Erschöpfung, dauert $2^1/_2$ Monate an, bis die spontane Ausstoßung der lebenden Frucht sofortige Besserung und rasche Genesung herbeiführt. Die Untersuchung der aus der Nabelschnur entnommenen Blutproben unter dem Mikroskop und auf Kulturen ergiebt gar keine Kokken, während Streptococcus aus den Abscessen der Mutter massenhaft gezüchtet wurde. Es ergiebt sich daraus, dass der Placentarkreislauf für die Erysipelkokken eine unüberwindliche Barriere darstelle. Weiter lehre der Fall, dass man, bei schwerem Erysipel der Mutter, die Berechtigung habe, den Abort oder die künstliche Frühgeburt einzuleiten, um die Krankheit zu sistiren. Dass dabei eine Autoinfektion in puerperio durch strengste Antiseptik vermieden werden kann, beweist wiederum der citirte Fall. **Sack** (Langensteinbach).

17) **F. Skutsch** (Jena). **Die praktische Verwerthung der Beckenmessung.**

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 13.)

S. hat bereits früher eine größere Arbeit über Beckenmessung veröffentlicht (cf. Ref. 1887 p. 627) und in derselben von ihm selbst konstruirte Instrumente beschrieben. Er sah selbst ein, dass das eine derselben, welches der Ausmessung der inneren Beckenmaße diente, in seiner Anwendung nicht sehr einfach war, dass es sehr großer Übung bedurfte, um befriedigende Resultate mit ihm zu erreichen. Er bemühte sich daher eine noch einfachere Methode aufzufinden.

Das Endergebnis seiner Studien giebt S. in der vorliegenden Arbeit. Er beschreibt in derselben zwei Beckenmesser. Der eine dient nur der äußeren, der andere der intoexternen Messung. Der erstere ähnelt dem Schultze'schen in Form und Einrichtung. Das Maß kann direkt auf einer Skala abgelesen werden. Auch das zweite Instrument hat ungefähr die Form eines Tasterzirkels, dessen einer Arm mit einem Bleistab armirt ist. Dieser ist länger als der andere Arm. Durch seine Biegsamkeit wird ein leichtes Ansetzen eines Armes an einen im Beckeninneren gelegenen, des anderen an einen äußeren Punkt des Beckens ermöglicht. Die Entfernung wird am Zirkel, nachdem er abgenommen worden, mit einem Maßstab direkt gemessen.

Da eine Beschreibung des Instrumentes nur mit Abbildungen, wie sie dem Original beigegeben sind, verständlich ist, so muss auf jenes verwiesen werden. Die Zirkel werden von Hermann Haertel Breslau und den Jenenser Instrumentenmachern geliefert. **Graefe** (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger und Bericht über die Verhandlungen der 8. Abtheilung des X. internat. Kongresses zu Berlin (Bogen 6—8).

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 38. Sonnabend, den 20. September. **1890.**

Inhalt: I. **Abel** und **Landau**, »Eigenartige« interstitielle Endometritis oder sarkomatöse Degeneration der Uterusschleimhaut. — II. **Landau**, Zur mikroskopischen Diagnose des Gebärmutterkrebses. (Original-Mittheilungen.)

1) **Lazarus**, Konservirung der Milch. — 2) **Ardouin**, Scheidendammrisse. — 3) **Riegel**, Tachycardie. — 4) **F. Winckel**, Durchbruch der extra-uterinen Fruchtsäcke in die Blase. — 5) **Fränkel**, Septische Peritonitis. — 6) **Walbel**, Antiseptik.

7) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe zu New York. — 8) **Guttmann**, Lymphangiom. — 9) **Stoker**, Ektopische Schwangerschaft. — 10) **Smyly**, Prolaps. — 11) **v. Herlacher**, Uterusvorfall. — 12) **Jeannel**, Hernie und Parovarialcyste. — 13) **Varnier**, Cervixerweiterung. — 14) **Tuffier**, Kaiserschnitt. — 15) **v. Ott**, Totalexstirpation. — 16) **Hamaker**, Eierstocksgeschwulst bei 7jährigem Mädchen. — 17) **Malins**, Varicen der breiten Mutterbänder. — 18) **Jackson**, Lipom der Bauchdecken. — 19) **Tarnier**, Zange bei Steißlagen. — 20) **Müller**, Massage.

I. „Eigenartige" interstitielle Endometritis oder sarkomatöse Degeneration der Uterusschleimhaut.

Von

Dr. **Karl Abel** und Dr. **Theodor Landau** in Berlin.

Um endlich einmal den zahlreichen Missdeutungen entgegenzutreten, wie sie aus Anlass unserer Publikationen über das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Carcinom der Portio vaginalis sowohl in kritischen Nachprüfungen als auch ganz besonders in Besprechungen zu Tage getreten sind, giebt uns die von Hofmeier herausgegebene 10. Auflage des Schröder'schen Handbuches der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane eine wirklich nicht willkommene Gelegenheit.

Der Verf. sagt[1]: »Es unterliegt keinem Zweifel dass die neuerdings (Abel, Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII, Hft. 2 und Abel und Landau, Archiv für Gynäkologie Bd. XXXV) als Sarkom bezeichneten Veränderungen der Uterusschleimhaut bei Carcin. cervic.

[1] l. c. p. 335. Alinea 1.

nichts weiter sind als eine eigenartige, interstitielle Endometritis, die sich allerdings häufig dabei findet; die übereinstimmenden anatomischen Untersuchungen von Fränkel, Eckardt, Saurenhaus u. A. haben genügend die Unrichtigkeit dieser Anschauung dargethan. Es ist daher auch völlig sinn- und zwecklos, hierfür den Namen Sarkom einführen zu wollen.«

So fern Herr Hofmeier einen wissenschaftlichen Befund mit der Bezeichnung »völlig sinn- und zwecklos« abzuthun glaubt, wollen wir mit dem in dieser Behauptung und Begründung ausgesprochenem attischen Humor und der strengen Objektivität nicht rechten. Habeat sibi!

Es ist bezeichnend, dass trotz der Debatte in der gynäkologischen Gesellschaft[2] und unserer wiederholten Publikationen[3], auf die, wie wir ausdrücklich hervorheben, eine sachliche Erwiederung von keiner Seite erfolgt ist, Hofmeier sich ausschließlich an den Namen »Sarkom« hält, als wäre damit die von uns zuerst urgirte Bedeutung des pathologischen Befundes im Endometrium beim Krebs des Scheidentheiles auch nur im entferntesten erschöpft. Wir haben übrigens immer nur von sarkomatöser Degeneration gesprochen. Der Name ist gewiss nicht aus bloßer Willkür gegeben, sondern wir müssen daran festhalten, dass der pathologische Anatom diesen Befunden gegenüber, wie wir sie an einigen unserer Präparate erheben konnten, keine andere Bezeichnung wählen durfte. Dass chronische Entzündungen ähnlich aussehen können, haben wir niemals bestritten, aber aus der Thatsache, dass zwei Dinge einander ähnlich sind, die Nichtexistenz des einen zu schließen, ist ein Schluss, den nur eine vorgefasste klinische Meinung ziehen kann. Wir haben uns pathologisch-anatomisch rein deskriptiv verhalten und haben als klinische Hypothese den Satz aufgestellt, dass wir es möglicherweise in der sarkomatösen Neubildung mit einer Vorstufe des Carcinoms zu thun haben. Gerade an der Gebärmutter ist von vielen Autoren auf den innigen Zusammenhang von Sarkom und Carcinom wiederholentlich hingewiesen worden, wie wir in unserer letzten Arbeit zur Genüge dargethan haben. Dort verwahren wir uns auch gegen die Unterstellung, als hätten wir das allgemeine Gesetz aufgestellt, dass beim Portiokrebse in der Körperschleimhaut sich jedes Mal ein Sarkom fände. Denn wir selbst konnten neben den von uns als »sarkomatöse Degeneration« der Schleimhaut bezeichneten Fällen neben carcinomatösen Veränderungen im Endometrium oft auch die Zeichen der bloßen chronischen Entzündung beim gleichzeitigen Portiokrebse erkennen und beschreiben. Es ist uns freilich niemals eingefallen, von einer »eigenartigen interstitiellen Endometritis«, wie Hofmeier, zu sprechen und da-

---

[2] Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1888. p. 295 ff.

[3] Vgl. auch Landau und Abel, Beiträge zur pathologischen Anatomie des Endometrium. Archiv für Gynäkologie Bd. XXXIV und Abel u. Landau, Ibid. Bd. XXXV.

mit die Pathologie mit einer besonderen Art der Entzündung zu beschenken. Vielmehr hat der von Virchow aufgestellte Rahmen uns bisher immer genügt, unsere pathologischen Bilder in denselben hineinzupassen und somit kamen wir dahin, den von uns in einigen Fällen beobachteten Befunden den Namen der »sarkomatösen Degeneration« entsprechend dem anatomischen Bilde zu geben, da die Charaktere der Entzündung für dieselben nicht mehr zutrafen[4].

Wenn Herr Hofmeier sich auf die Herren Fränkel, Eckardt, Saurenhaus beruft, ohne auf die Sache selbst einzugehen, so erlauben wir uns diesen Namen gegenüber die Namen der Herren Waldeyer und Virchow anzuführen, die unsere Befunde bestätigten.

Herr Prof. Waldeyer vertritt auch heute noch in all' denjenigen Präparaten, die wir ihm vorgelegt und vom anatomischen Standpunkte aus als »sarkomatöse Degeneration« bezeichnet und beschrieben haben, unseren Befund, Deutung und Bezeichnung.

Aber auch Virchow hat aus Anlass der ersten Publikation des Einen von uns in der Berliner medicinischen Gesellschaft[5], indem er die für drei unserer Präparate gewählte Bezeichnung »sarkomatöse Degeneration« als völlig richtig anerkannte, in der Diskussion das Wort ergriffen und darauf hingewiesen, dass die von ihm in seinen »Geschwülsten« beobachteten Mischgeschwülste von Sarkom und Carcinom gerade für die Sarkomformen des inneren Uterus zutreffen.

II. Zur mikroskopischen Diagnose des Gebärmutterkrebses.

Von

Leopold Landau in Berlin.

Bei der Besprechung der Diagnose des Krebses des Gebärmutterhalses bemerkt Hofmeier in der 10. Auflage des Schröder'schen Handbuches der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane (p. 359): »Einen äußerst bedauerlichen Rückschritt würde es unserer Ansicht nach bedeuten, wenn man, wie Landau (Sammlung klin. Vorträge No. 338) es wieder vorschlägt, zur Sicherung der Diagnose den früher üblichen, aber gefährlichen Weg der klinischen Beobachtung allein wieder empfehlen würde und die bedeutende Errungenschaft der anatomischen Diagnose darum wieder verlassen, weil sie vielleicht nicht immer Alles leisten kann.«

Zur Beurtheilung der Richtigkeit und Gerechtigkeit dieser Kritik erlaube ich mir, den Fachgenossen folgende auf meine

---

[4] Vgl. Landau und Abel, Beiträge zur pathologischen Anatomie des Endometrium. Archiv f. Gynäkol. Bd. XXXIV. Sep.-Abdr. p. 9—11.

[5] Verhandlungen der Berliner medicinischen Gesellschaft aus dem Gesellschaftsjahre 1888. p. 34.

Ansichten über den Werth der mikroskopischen Diagnose bezüglichen Stellen aus der oben citirten Arbeit anzuführen:

(p. 11.) »Wenn wir ein verdächtiges Geschwür oder einen verdächtigen Knoten an der Portio wahrnehmen, so werden wir allerdings die mikroskopische Untersuchung excidirter Partikelchen nicht verabsäumen, und falls dieselbe das typische Bild eines Carcinoms liefert, operiren. Wenn aber dieses Bild ein zweifelhaftes ist, das Geschwür aber ausheilt, werden wir uns nach der mikroskopischen Diagnose nicht richten.«

Ferner kurz vorher bei der Besprechung der mikroskopischen Diagnose sog. beginnender Carcinome: »Erst wenn spätere Forschungen etwa uns einen deutlich erkennbaren Carcinomerreger aufweisen, oder erst wenn der schon lange vergeblich gehegte Wunsch nach Auffindung specifischer Carcinomzellen erfüllt sein sollte, wird die mikroskopische Diagnostik eine wirksamere Methode darbieten als es jede andere ist. So lange dies nicht der Fall ist, müssen wir uns an das fertige Strukturbild des Carcinoms halten und dürfen diese mikroskopische Diagnose nur dann stellen, wenn wir klipp und klar den typischen histologischen Bau des Carcinoms finden. Wir dürfen zwar in klinischer Beziehung von beginnendem, d. h. noch nicht weit vorgeschrittenem Carcinom reden, aber ein beginnendes Carcinom im mikroskopischen Sinne kennen wir noch nicht.«

»Glücklicherweise können wir uns in der größten Anzahl der Fälle der mikroskopischen Untersuchung entschlagen, in so fern als die makroskopischen, durch Inspektion, Palpation und die Symptome erkennbaren Charaktere des Carcinoms klar und deutlich sind. In einem zweifelhaften Falle, in welchem das Mikroskop auch nicht eindeutige Bilder liefert, werden wir uns ohne Schaden, ja mit dem größten Vortheil für die Kranken der »minderwerthen, ja in den einzelnen Fällen selbst direkt unwissenschaftlichen« Methode bedienen, nach dem Verhalten ex juvantibus et nocentibus zu urtheilen und danach zu handeln.«

Endlich p. 12: »Da wir Grund haben zu vermuthen, dass nicht bloß Entzündungserreger, sondern auch Tuberkulose, Syphilis, Lupus schwere Formen von Ulcerationen an der Portio hervorrufen, in ähnlicher Weise wie es das Carcinom thut, uns aber ein diagnostisches Kriterium für die Art der vorliegenden Ulceration von Haus aus fehlt, so sind wir verpflichtet, mit der Behandlung nicht so lange zu warten, bis uns das Mikroskop die Diagnose lehren kann, was mancher Kranke nie erleben würde, sondern ex juvantibus et nocentibus zu diagnosticiren und zu behandeln. Man behandelt also etc., versäumt selbstverständlich nicht die mikroskopische Untersuchung.«

Ohne weitere Erläuterung hierzu überlasse ich den Fachgenossen das Urtheil über die Kritik des Herrn Hofmeier.

1) **Adolf Lazarus.** Die Wirkungsweise der gebräuchlicheren Mittel zur Konservirung der Milch.

Inaug.-Diss., Leipzig, **Veit & Co.**, 1890.

Die unter Flügge gemachte Dissertation kommt zu folgenden Resultaten: »Es werden der Milch zum Zweck der Konservirung sowohl seitens der Händler und Producenten als auch im Haushalt vielfach chemische Substanzen zugesetzt, namentlich Natr. bicarb., Soda, Kalk, Borax, Borsäure und Salicylsäure. Sämmtliche Mittel sind ungeeignet und im Handel zu beanstanden, im Haushalt ist höchstens mangels anderer Konservirungsmethoden die Salicylsäure gestattet. Zur Erkennung konservirender Zusätze genügt es a) eine Probe 1—2 Stunden zu erhitzen. Eine braune bis braunrothe Verfärbung deutet auf Zusatz eines alkalischen Konservirungsmittels, b) eine 2. Probe mit einigen Tropfen verdünnter Eisenchloridlösung zu versetzen: violette Färbung zeigt Salicylsäure an.

Das Pasteurisiren der Milch im Thiel'schen Apparat — schnelles Erwärmen auf 60—80° und sofortiges Abkühlen auf ca. 8° — übt weder auf die pathogenen Bakterien, noch auf die Saprophyten eine genügende Wirkung aus. Typhusbacillen erfahren keine sichere Abtödtung — die Tuberkelbacillen, schließt Verf., werden demnach nicht beeinflusst. Höhere Temperaturen wie die angegebenen bewirken eine Geschmacksänderung der Milch.

G. Middeldorpf (Breslau).

---

2) **F. J. Ardouin.** Beitrag zur Lehre von den Scheidendammrissen.

Thèse de Paris, **G. Steinheil**, 1889.

A. fasst den Inhalt seiner umfangreichen Arbeit am Schluss derselben in folgenden Sätzen zusammen:

1) Bei spontanen Geburten entstehen die Scheidendammrupturen: a) in Folge mangelnder Anpassung des Fötus, b) in Folge kongenitaler Fehler (infantile Scheide; Anomalien der Lage der Vulva) und pathologischer Zustände (Narbenbildung, Stachelbecken), welche die Widerstandsfähigkeit des Perineum beeinflussen.

Bei operativen Entbindungen kommt es zur Ruptur indirekt (mangelnde Anpassung) oder direkt durch das in Anwendung gebrachte Instrument.

2) Die Scheidenvulvarisse, gleichviel ob sie vorn oder hinten sitzen, befinden sich gewöhnlich auf einer Seite der Vagina und strahlen von dort nach verschiedenen Richtungen aus.

3) Sehr folgenschwer können die Dammrisse sein, welche sich in die Muskulatur des Beckenbodens fortsetzen: Levator ani (Lageveränderungen des Uterus), Sphincter ani (Incontinentia alvi).

4) Jede Scheidendammruptur, wenn sie auch noch so klein ist, soll durch primäre oder sekundäre Naht geschlossen werden.

(**Graefe** Halle a/S.).

---

3) F. Riegel. Über Verlangsamung der Schlagfolge des Herzens.

(Sep.-Abdr. aus der Zeitschrift für klin. Med. Bd. XVII. Hft. 3 u. 4.)

Aus dieser Arbeit dürfte die Leser dieser Zeitschrift die Ansicht R.'s über die puerperale Bradycardie interessiren. Nach Aufzählung der zahlreichen Erklärungsversuche dieses Phänomens, glaubt R., dass die Traube'sche Ermüdungstheorie am meisten Berechtigung hat. »Es ist wie nach Infektionskrankheiten, so auch hier der plötzliche Wegfall eines längere Zeit gewohnten Reizes, der das Herz nun langsamer, in manchen Fällen sogar arhythmisch schlagen lässt, der dasselbe auf die gleichen Impulse nicht wie vordem mit der gleichen Erregung antworten lässt«. **G. Middeldorpf** (Breslau).

---

4) F. Winckel (München). Über den Durchbruch extrauteriner Fruchtsäcke in die Blase.

(Sammlung klin. Vorträge. Neue Folge No. 3.)

Verf. sucht für diese seltenen Fälle Ätiologie und Therapie klar zu legen. Es gelingt dies vollständig an der Hand eines in allen Einzelheiten genau beobachteten Falles. — Die Frau, bei der die Regel vor 6 Jahren einmal 7 Monate lang ausgeblieben war, klagte hauptsächlich über Urindrang und Blasenschmerzen, manchmal auch Stuhldrang und Schmerzen bei der Darmentleerung. Zuweilen Fieber. Es wurde ein zweimannsfaustgroßer Tumor konstatirt, der der vorderen Uteruswand fest ansaß, den Uterus nach links hinten verschoben hatte und Anfangs für ein Myom gehalten wurde. Die enorme Schmerzhaftigkeit der Blase und das Sondiren eines harten Gegenstandes führte zur Diagnose: Blasenstein. Durch die erweiterte Harnröhre wurde der vermeintliche Stein mittels Kornzange aus der hinteren Blasenwand als eine linke Tibia extrahirt. Die obere Gelenkfläche hatte inkrustirt in die Blase hineingeragt, während die Tibia selbst in einer Höhle lag, aus der nach Erweiterung der Öffnung mit dem Finger 120 Knochen entfernt wurden, welche zu einem unvollständigen Skelett zusammengesetzt in einem Holzschnitt wiedergegeben werden. Die zuerst entfernten Knochen waren etwas inkrustirt, während die zuletzt entfernten fäkulenten Geruch und einen bräunlichen Überzug zeigten. Die leere Höhle wurde ausgespült und dann die dilatirte Harnröhre »vernäht«. Einige Tage darauf hatte die Frau noch einmal stündlich schleimigen Stuhlgang und später gingen noch einmal durch die Harnröhre kleine Stücke der Schädelknochen ab. Dann völlige Heilung. Bei einer späteren Untersuchung steht der Uterus fast in der Mitte des kleinen Beckens, links normale Uterusanhänge, rechts genau dem Lig. latum entsprechend ein kaum hühnereigroßer, wenig empfindlicher Tumor, hinter dem das Ovarium deutlich zu fühlen ist.

Dass es sich um eine rechtsseitige, intraligamentär entwickelte Tubenschwangerschaft handelte wird nicht allein durch diesen nach-

träglichen Befund, sondern auch dadurch bewiesen, dass vor der Operation das rechte Ovarium abzutasten war, dass der Douglas'sche Raum und die Excavatio vesico-uterina leer waren, dass die Fruchtsackreste rechts tief neben dem Uterus lagen und die Perforation tief und subperitoneal an der hinteren Blasenwand eintrat. Dafür, dass die Frucht durch Berstung der Tube in das Lig. gelangt war, fehlte jedes Anzeichen; dass solche Schwangerschaften bis zum 7. Monat ja bis zur Reife sich entwickeln können, wird aus der Litteratur nachgewiesen.

Verf. sucht dann die Frage zu lösen, ob die Perforation in die Blase durch die intraligamentäre Entwicklung des Fruchtsacks prädisponirt wird. Wenn auch in den 16 durch Werth gesammelten Fällen von intraligamentär entwickelter Tubenschwangerschaft sich keiner mit Perforation in die Blase findet, so spricht dies nicht gegen eine Prädisposition, da 9 Fälle vor der Perforation zur Operation kamen und in den meisten übrigen die Perforation durch den Sitz der Placenta oder sonstige Verdickungen an der vorderen Wand an eine andere Stelle verlegt wurde. Weit wahrscheinlicher wird diese Prädisposition gemacht, indem für 11 bekannte Fälle von Perforation in die Blase der Nachweis versucht wird, dass es sich nur um eine intraligamentäre Tubenschwangerschaft gehandelt haben kann. Dies gelingt bei den 7 Fällen, die allein kritisch sich beurtheilen lassen, sechsmal.

Aus dem Vergleich der herangezogenen Fälle ergaben sich folgende Zeichen für intraligamentäre Tubenschwangerschaft: Eine breite, feste, dauernde Verbindung mit der Seitenwand des Uterus, welcher verdrängt wird, aber mit dem Fruchtsack etwas beweglich bleibt; fast regelmäßig zuerst auftretende Perforation durch den Mastdarm, der erst nach einiger Zeit die Entleerung von Fötalknochen durch die Blase folgt; schließlich nach Verkleinerung des Fruchtsacks, mit dessen Beschränkung auf die Seitenwand des Uterus, die Isolirbarkeit des Ovariums und das Zurückgehen des Uterus in die normale Lage.

Bei der Besprechung des Falles von Werth gedenkt Verf. der merkwürdigen Thatsache, dass dem Skelett außer mehreren kleinen Knochen eine Darmbeinschaufel fehlte. Er kommt zu dem Schluss, dass diese entweder durch die Kornzange zerbröckelt unbemerkt abgegangen sind, oder schon vorher durch den Mastdarm einen Ausweg gefunden haben, oder auch, wie es für den größeren Knochen wahrscheinlicher ist, dass sie im Fruchtsack zurückgeblieben und durch das Granulationsgewebe aufgezehrt sind.

Was die Therapie belangt, bei der nach Laparotomie, Kolpotomie, Colpocystotomie und Cystomia alta in Frage kommen und auch von anderer Seite ausgeführt sind, so scheint ihm seine Therapie die einfachste und sicherste zu sein, weil sie der Naturheilung am nächsten kommt. Nur für die Fälle, wo eine Entfernung der größeren Knochen

ohne Schaden für die dilatirte Harnröhre nicht möglich ist, will er die Kolpocystotomie zulassen. **Carle** (Göttingen).

---

5) **Fränkel.** Zur Ätiologie der septischen Peritonitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 11.)

Auf die in No. 10 der Münchener med. Wochenschrift enthaltene Erwiederung Bumm's entgegnet F. Folgendes:

Das Gros der bakteriologischen Entdeckungen in der Menschen- und Thierpathologie, die Auffindung der meisten specifischen Krankheitserreger sei erfolgt durch Untersuchungen an Leichenmaterial; es sei desshalb der Einwurf Bumm's gegen das benutzte Material hinfällig.

Bumm unterscheide 2 Formen von septischer Peritonitis: eine durch Streptokokken verursachte und eine sogenannte putride Peritonitis. Er (F.) habe durch seine Untersuchungen den Nachweis geliefert, dass auch bei den von Bumm als putriden bezeichneten Peritonitiden Streptokokken gefunden werden könnten, es sei demnach eine Unterscheidung der septischen Peritonitis in eine Streptokokken- und putride Peritonitis nicht berechtigt. F. glaubt eben, dass, wenn die Pat. lange genug lebten, aus jeder reinen Streptokokken- resp. Staphylokokkenperitonitis durch Invasion anderer Spaltpilze vom Darm her eine »putride« Peritonitis im Sinne von Bumm entstehen könne. **Rudolf Müller** (München).

---

6) **Waibel** (Dillingen a/D.). Über geburtshilfliche Antiseptik in der ärztlichen Privatpraxis.

(Nach einem Vortrag, gehalten a. d. IV. schwäb. Ärztetag in Donauwörth i. Juli 1889.)

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 9.)

Nachdem der Vortr, die Wichtigkeit der Antiseptik in der Geburtshilfe betont, beschreibt er die von Fürbringer angegebene Desinfektionsmethode, welche er aufs wärmste empfiehlt. Er schildert sodann die »Desinfektion der Gebärenden und Wöchnerin« und verbreitet sich zum Schluss über die Nothwendigkeit, die Frauen sowohl wie die Hebammen in der Antiseptik zu unterweisen. Zu diesem Behufe hat der Vortr. eine »kurze Anleitung zur Verhütung des Wochenbettfiebers für Frauen und Hebammen« herausgegeben.

Rudolf Müller (München).

Kasuistik.

7) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe in New York.

(Amer. journ. of obstetr. 1890. Januar und Februar.)

Sitzung am 1. Oktober 1889.

H. C. Coe berichtet über 2 Fälle von vaginaler Hysterektomie. Der eine betraf eine 37jährige Frau, welche an einem sehr hartnäckigen Prolaps litt, welcher den verschiedensten Operationen widerstanden hatte. C. operirte nach dem Vorschlage von Asch (Archiv für Gynäkologie Bd. XXV, 2). Die Operation war hoch-

gradig schwierig, einerseits wegen der Enge der Scheide und ferner wegen der enormen Blutung aus den stark erweiterten Gefäßen. Der Erfolg schien bis jetzt, 6 Wochen nach der Operation, ein vollkommen günstiger, jedoch erkrankte die Operirte an akuter Manie, welche in Melancholie überging, so dass sie in eine Anstalt gebracht werden musste.

Hanks. Fall von Laparotomie wegen Tubarschwangerschaft. Ohne genauere Diagnose wird der Bauchschnitt wegen Indicatio vitalis gemacht. Die Bauchhöhle fand sich mit Blut und Coagulis angefüllt, die rechte Tube stark ausgedehnt und geborsten.

H. bemerkt, dass sein Fall eine gute Illustration der Thatsache sei, welche letzthin viele Gynäkologen beschäftigt habe, dass es oft unmöglich ist den Zeitpunkt zu bestimmen, wann es bei Tubarschwangerschaft zur Ruptur kommen wird. Zunächst kann eine Zerreißung in die Tube erfolgen (?), dann dieselbe durch Blut ausgedehnt werden, bis sie ebenfalls rupturirt. Bedrohliche Erscheinungen können Anfangs gänzlich fehlen, bis die vollständige Ruptur eintritt.

Über die Möglichkeit einer Ruptur in die Tube selbst entspinnt sich eine längere Diskussion.

Coe theilt einen lehrreichen Fall von Irrthum der Diagnose mit. Der behandelnde Arzt hatte ektopische Schwangerschaft diagnosticirt und verschiedentlich faradischen und galvanischen Strom angewandt. Die Kranke war hochgradig abgemagert, Puls 120 bis 130, keine Temperatursteigerung, andauerndes Erbrechen, Uterus vergrößert, Portio weich, aufgelockert; rechts von der Gebärmutter eine walnussgroße Geschwulst, unbeweglich, hart. Sonde dringt $3^1/_2$ Zoll ein, findet Uterushöhle scheinbar leer. Da die Erscheinungen sich steigern, wird zu einer Probeincision geschritten, wobei sich findet, dass es sich um eine normale Schwangerschaft im 3. Monate handelt, der rechte Eierstock angeschwollen war. Am 2. Tage nach der Operation erfolgte Abort.

Waldo theilt einen Fall von doppelseitiger Pyosalpinx mit, in welchem wenig oder gar keine Schmerzen bestanden. Dudley und Andere machen auf die Häufigkeit von Hemicranie, besonders vor Eintritt der Menses, bei Pyosalpinx aufmerksam.

Dudley theilt einen Fall von Exstrophie der Blase bei einem 21jährigen Mädchen mit, welches er operirte. Dieselbe erstreckte sich von dem Schambein 5 Zoll weit bis in die Nähe der Stelle, wo normal der Nabel sich findet. Es bestand eine doppelte Gebärmutter und Scheide, jedoch keine Vulva.

Van Ramdohr liest eine Abhandlung vor, betitelt: Unterschied der Behandlung der Dystokie in Folge von engem Becken in der Hospital- und Privatpraxis. Verf. weist auf die Häufigkeit geringer Beckenverengerungen hin, welche in der Privatpraxis, wo genaue Beckenmessungen selten ausgeführt werden, übersehen werden und doch die Geburt recht unangenehm erschweren können. Während in den Anstalten Beckenmessungen leicht auszuführen sind, ist dies in der Privatpraxis mit manchen Unzuträglichkeiten verbunden, daher der Arzt sich meistens begnügt, die Durchmesser abzuschätzen. In der Privatpraxis sind alle Operationen gefährlicher wegen Mangel strenger Antisepsis und passender Assistenz und Instrumente. Während in der Hospitalpraxis die relative Indikation des Kaiserschnittes berechtigt ist, wird in der Privatpraxis die Kraniotomie selbst an der lebenden Frucht ihre Berechtigung behalten.

Fruitnight macht in der Diskussion auf die verhältnismäßige Seltenheit von Beckenengen in der Privatpraxis aufmerksam. Unter weit über 1000 Geburten, welche er in letzterer leitete, hat er nur zweimal enge Becken höheren Grades gefunden.

Murray hat über diesen Punkt andere Erfahrungen, nach ihm kommen Beckenengen selbst höheren Grades recht häufig vor, wenn auch nicht so häufig dem Anschein nach, wie in Europa. Er macht auf einen anderen Punkt aufmerksam, welcher Dystokie häufig verursache, die Größe resp. Härte des kindlichen Schädels, welcher viel schwerer zu erkennen sei, als Verengerung der Durch-

messer des Beckens, welche zu messen auch in der Privatpraxis nie auf Schwierigkeit stoße.

Grandin kann nicht zugeben, dass ein wesentlicher Unterschied bestehe zwischen den Indikationen für geburtshilfliches Eingreifen zwischen Privat- und Hospitalpraxis. Wenn möglich sollte der Arzt bei jeder Frau, bei welcher er zum ersten Mal die Geburt zu leiten hat, schon Monate vorher eine genaue Untersuchung der Beckenverhältnisse eintreten lassen, damit er bei der Geburt nicht auf unangenehme Weise überrascht wird. So große Fortschritte die Gynäkologie in den letzten Decennien gemacht habe, so wenig sei die Geburtshilfe vorgeschritten. Es sei traurig, wie unerfahren häufig selbst viel beschäftigte Praktiker in Beurtheilung der Beckenverhältnisse seien und wie häufig verhängnisvolle Irrthümer vorkämen.

Sitzung am 15. Oktober.

Dudley berichtet über 3 Fälle von Bauchschnitt wegen Erkrankung der Uterusanhänge. Der eine derselben ist dadurch bemerkenswerth, dass die Operation während eines sehr heftigen Anfalles akuter Peritonitis ausgeführt wurde und zwar auf Wunsch des Gatten der Frau, welcher telegraphisch nach Hause gerufen bei der Operation zugegen sein wollte. Die Operation zeigte sich als ungewöhnlich schwierig, die Blutstillung gelang nur mit Mühe, es trat hochgradige Schwäche ein, so dass es nur durch Einführen großer Massen heißen Wassers in die Bauchhöhle gelang, den Exitus zu verhindern.

Gill Wylie sieht in akuter Peritonitis kein Hindernis für Bauchschnitt. Lieber als die Kranke durch die Entzündung noch den Rest ihrer Kräfte verlieren zu lassen, operire er frühzeitig. Sei die Entzündung bedingt durch die lokale Erkrankung, so werde sie nach Entfernung derselben geheilt, wenn durch allgemeine Verhältnisse, so ende sie letal oder in Abscessbildung.

Bache Emmet und Coe warnen dagegen eben so wie Hanks vor der Operation, wenn akut allgemeine Peritonitis sich findet und zwar hauptsächlich wegen der Gefahr der Blutung.

Coe erwähnt einen Fall, identisch mit dem berichteten, bei welchem jede auch die feinste Adhäsion nach dem Durchtrennen blutete und unterbunden werden musste und trotzdem gelang es nicht der Blutung Herr zu werden. Letzterer trägt eine Abhandlung über Bauchschnitt wegen innerer Einklemmung nach Hysterektomie vor. Er operirte bei einer 29jährigen Frau und entfernte vaginal Uterus und Anhänge. Es fand sich eine apfelgroße Ovariencyste, welche punktirt wurde. Keine Ligatur, zwei Klemmzangen an jedem breiten Mutterband und zwei ebensolche an den blutenden sacro-uterinen Falten. Die Bauchfellwunde blieb offen, die Scheide wurde mit Jodoformgaze tamponirt. Die Zangen wurden nach 40 Stunden entfernt. Hohe Temperatur, starke Ausdehnung des Leibes, kein Stuhl, Erbrechen. Laparotomie verweigert, erst nach einigen Tagen, als der Zustand sich wesentlich verschlimmert hatte, wurde dieselbe erlaubt. Es fand sich eine Schlinge des Dünndarmes an der rechten Seite der Wunde angeheftet. Dieselbe wurde losgelöst, die Wunde im Scheidengewölbe, welche bereits vernarbt war, behufs Drainage eröffnet. Allgemeine Peritonitis bestand nicht.

Coe theilt dann die Fälle, welche er in der Litteratur gefunden (von Hirsch und Reichel veröffentlicht) mit und knüpft daran belehrende Bemerkungen. Frühzeitig soll man operiren oder gar nicht, wie auch Hirsch und Reichel betonen. Durch das Abgehen von Kothmassen soll man sich nicht in der Diagnose beirren lassen, da dieselbe im Mastdarm aufgespeichert sein könne, wenn sonstige verdächtige Symptome, besonders das Fehlen des Abganges von Flatus nach Abführmitteln, vorhanden sind. Ist es bereits zum Kothbrechen gekommen, dann ist es meistens für die Operation bereits zu spät.

Es ist überraschend, dass nicht häufiger intern Obstruktion erfolgt nach vaginaler Hysterektomie, da die Verhältnisse zur Bildung von Adhäsionen so günstige sind. Wahrscheinlich werden dieselben auch erfolgen, jedoch nicht in solchem Grade, dass hierdurch Obstruktion entstehen kann. Es scheint, dass bei Anwendung der Klemmzangen leichter Adhäsionen entstehen, da die Reizung wohl eine

stärkere ist und durch das Gewicht der Zangen, das Scheidengewölbe trichterförmig herabgezogen wird; auch liegt die Gefahr nahe, dass ein Stück Darmschlinge in die Klemmzangen eingeklemmt wird.

In der Diskussion berichtet Polk über einen ähnlichen Fall, in welchem nach Entfernung der Jodoformgazetampons eine Schlinge des Dünndarmes vorfiel und nur mit Mühe zurückgebracht werden konnte und dann Erscheinungen innerer Obstruktion sich zeigten. Der Fall endete am 6. Tage letal.

Hanks berichtet über einen Fall von innerer Einklemmung, welcher dadurch bemerkenswerth ist, dass, nachdem die Operation beschlossen war, so wesentliche Besserung eintrat, dass dieselbe aufgeschoben wurde. Während der darauf folgenden Nacht trat Exitus ein. H. knüpft daran die Bemerkung, dass es unter allen Verhältnissen, wenn nicht bald Besserung eintrete und es bereits zu Kotherbrechen gekommen sei, geboten sei zu operiren, eine Ansicht, der sich sämmtliche Redner, welche an der Debatte Theil nahmen, anschließen.

Wylie spricht die Ansicht aus, dass es nicht richtig sei zu warten bis Kothbrechen eintrete, dann sei es meistens bereits zu spät. Er berichtet über 2 Fälle, welche eigentlich in das Gebiet des Chirurgen gehören, wo er bei Männern, bei welchen Peritonitis bestand, bei dem einen in Folge eines perityphlitischen Abscesses, bei dem anderen nach Perforation des Blinddarmes frühzeitig den Bauchschnitt machte und trotz großer Mengen von Eiter in der Bauchhöhle günstigen Erfolg erzielte.

Sitzung am 5. November.

Boldt. Entfernung des ganzen Uterus wegen Fibroid. Er machte Bauchschnitt, unterband den Stiel, trug den Uterus ab und entfernte dann den Rest des Collum durch die Scheide. Er hat nach dieser Methode 3mal mit gutem Erfolge operirt.

An die Demonstration einer Silkwormgutsutur, welche 3 Jahre im Septum rectovaginale verweilte und eine Fistel verursacht hatte, knüpft sich eine längere Diskussion über den Werth des verschiedenen Materials, in welcher die Meinungen weit aus einander gehen.

Wylie spricht über chirurgische Behandlung der Peritonitis. Der Vortrag ist nicht mitgetheilt, wohl aber die umfangreiche Debatte, welche sich an denselben knüpft. In derselben spricht sich zunächst Hanks dahin aus, dass es sehr schwer sei, den richtigen Zeitpunkt zur Operation zu bestimmen; den Fällen, in welchen man bedaure, nicht frühzeitiger zur Operation geschritten zu sein, ständen andere entgegen, in welchen trotz ungünstigster Prognose ein glücklicher Ausgang auch ohne Operation erreicht wurde. Boldt lenkt die Aufmerksamkeit auf die Arbeiten von Mikulicz, welcher die zur Tagesordnung stehende Frage gründlich erörtert habe. Polk warnt vor zu raschem Vorgehen; die Frage sei eine sehr schwierige und er selbst könne nicht bestimmt aussprechen, auf welche Seite er sich stellen würde. Sein Gefühl leite ihn dazu, eine Probeincision zu machen, die wahrscheinlich ungefährlich sei, und falls es möglich ist, die Entzündungsursache zu entfernen. In ähnlicher Weise spricht sich Tuttle aus. Im Schlusswort betont Wylie, dass er nur von Fällen allgemeiner Peritonitis gesprochen habe (mit zu Grundelegung der 2 Fälle, die er in letzter Sitzung kurz erwähnt hat).

Mancher Kranke würde trotz der Operation sterben, der sei aber ohne Operation ganz sicher verloren. Er verwerfe durchaus das Verfahren mancher Chirurgen, auf den Abscess einzuschneiden und denselben zu drainiren, ohne Rücksicht auf weitere Eiterherde und Verwachsungen. Er verlange nicht, dass jede Frau, welche an Cellulitis oder lokaler Peritonitis leidet, operirt werden solle, wenn jedoch Zeichen eines Abscesses, der jeden Augenblick durchbrechen könne, vorhanden seien, so halte er es für seine Pflicht, zu operiren. In mehr als 300 Fällen habe er nur einmal bedauert operativ vorgegangen zu sein und das sei ein Fall von maligner Erkrankung des Eierstockes resp. der Tube gewesen. Einen Fall von hundert hat er verloren, und die Fälle wären auch ohne Operation zu Grunde gegangen. **Engelmann** (Kreuznach).

8) **P. Guttmann** (Berlin). **Ein großes Lymphangioma cavernosum am Gesicht und Hals eines Neugebornen.**

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 9.)

Das von einer IVpara spontan geborene Kind zeigte eine ungefähr kindskopfgroße Geschwulst, welche von dem unteren Theil beider Ohrmuscheln, die mittlere Partie des Gesichts freilassend, zu beiden Seiten herunter bis zum Hals reichte, wo sie die stärkste Dicke aufwies, sie hing am Hals so tief herab, dass sie den oberen Theil beider Brusthälften bedeckte, wobei Larynx und Trachea nicht gedrückt wurden.

Das Kind starb 4 Tage post partum nach völlig normalem Befinden. Makro- und mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ergab die in der Überschrift genannte Diagnose. **Graefe** (Halle a/S.).

9) **William Thornley Stoker** (Dublin). **Ein Fall von Laparotomie bei ektopischer Schwangerschaft.**

(Dublin journ. of med. science 1889. Mai.)

Reine Tubengravidität, die zur Operation drängte, weniger unter dem Bilde einer bedrohlichen Blutung, als unter dem einer Darmocclusion. Die Dauer der Gravidität betrug etwa 12 Wochen, der Sack wurde vollständig entfernt; aber die Frau ging 8 Stunden post op. zu Grunde. Die Sektion ergab Folgendes:

Es ließ sich keine Rupturstelle nach dem Peritoneum hin an dem Sack nachweisen; in einer früheren Attacke war eine kleinere Blutung nach dem breiten Ligamente zu erfolgt; dagegen fand sich dem Sitz der Placenta entsprechend eine 1 cm große rundliche tiefrothe Stelle, an welcher die nach der ersten Blutung und dem Tode des Fötus doch weitergewucherten Zotten das Peritoneum erreicht hatten. Von hier aus war dann die massige Blutung erfolgt, in den Peritonealraum hinein. Diese Blutmassen, obgleich nicht klumpig geronnen, sondern mehr zäher Konsistenz, hatten einen völligen Darmverschluss bewirkt. Verf. betont das besonders, entgegen der Behauptung L. Taits, dass Darmverschluss bei Extrauterin-Schwangerschaft nur durch extraperitoneale Blutung erfolgen könne. Letztere war hier ja allerdings auch vorhanden, aber so geringen Umfangs (hühnereigroßer Tumor), dass sie als ursächliches Moment nicht in Betracht kommen konnte. **Zeiss** (Erfurt).

10) **W. J. Smyly** (Dublin). **Prolaps des Uterus und der Vagina.**

(Dublin journ. of med. science 1889. Juni.)

Im Jahre 1885 operirte S. einen Vorfall nach Hegar's Methode an einer Hebamme. Recidiv nach 2 Jahren; lange vergebliche Versuche mit mechanischen Mitteln den Prolaps zurückzuhalten. 1887 Alexander'sche Operation, rechtsseitige Hernie; trägt Bruchband und Mayer'schen Ring; ist aber jetzt völlig im Stande, ihrem Gewerbe nachzugehen, woran sie früher absolut nicht denken konnte.

Die verschiedenen Ursachen des Prolapses im Peritoneum, Perineum etc. sind in der Arbeit kurz und klar wiedergegeben und danach die Indikationen gestellt. Während Verf. früher dafür war, jeden Prolaps zu operiren, räth er jetzt in Fällen, wo Erschlaffung des Peritoneums und der Bänder die ätiologischen Momente bilden, doch zu Versuchen mit Thure Brandt's Methode resp. mit Pessaren und im Nothfall zu abdominalen Operationen. **Zeiss** (Erfurt).

11. **v. Horlacher. Vollständig primärer Uterusvorfall bei einem 14 Jahre 3 Monate alten nicht menstruirten Mädchen.**

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 50.)

Bei der Pat., welche ihrer Körperentwicklung nach noch Kind ist (unentwickelte Brüste, mangelnde Pubes etc.) ist die ganze dünnwandige Scheide mit dem kleinen, 2 Zoll großen Uterus vorgefallen. (Scheide trocken, etwas geröthet; Cervix infantil, Blase wenig dislocirt.)

Der Vorfall tritt nach der leicht zu bewerkstelligenden Reponirung bei Anstrengung der Bauchpresse stets wieder heraus, wird aber durch ein kleines Hodge-

sches Pessar, das in der verhältnismäßig weiten und langen Scheide — die Karunkeln sind gänzlich verstrichen — gut angebracht werden kann, vollständig und dauernd zurückgehalten.

Bei dem Verf., der bezüglich der Ätiologie in der Familie der Pat. nichts Ähnliches nachweisen kannte, steht es zweifellos fest, dass der Vorfall die Folge von öfters ausgeführtem Coitus (»mit Einwilligung der hübschen Kleinen«) ist und findet eine Bestätigung seiner Ansicht unter Anderem auch darin, dass das Pessar bei der alle 4 Wochen stattfindenden Untersuchung manchmal falsch eingelegt gefunden wird, trotz der Behauptung der Pat., den Mutterkranz nie entfernt zu haben.

Rudolf Müller (München).

12) M. Jeannel (Toulouse). Über Komplikation einer incarcerirten Hernie mit Ascites und über Ascites bei Parovarialcysten.

(Rev. de Chir. 1890. No. 1. p. 20.)

Den Ausgangspunkt zur vorliegenden Arbeit hat folgender höchst interessanter und eigenthümlicher Fall abgegeben.

M. R., 26 Jahre, lediges Dienstmädchen, war stets gesund. Seit $1^1/_2$ Jahre eine pfirsichgroße Nabelhernie. Vor 4 Monaten Unregelmäßigkeiten in der Menstruation. Seitdem fortschreitende Vergrößerung des Leibes (112 cm). — Bei der Untersuchung: deutlicher Ascites, keine Krankheiten des Herzens, der Lunge, oder der Leber. Per vaginam und bimanuell wird erst nach Entleerung von 12 Liter Flüssigkeit durch Punktion ein beweglicher, weicher, schwer abzugrenzender, etwa kindskopfgroßer Tumor in der rechten Beckenhälfte gefühlt. Es wird auf den nächsten Tag eine Rectalexploration anberaumt und ein Klystier gegeben, welches dem Fall eine ganz unerwartete Wendung giebt. Durch Pressen bei Defäkation füllt sich das bis zur Punktion nur mit Flüssigkeit angefüllt gewesene Nabeldivertikel mit Darmschlingen, und ganz plötzlich entwickelt sich eine akute Einklemmung der Nabelhernie. Herniotomie indicirt. Operationsplan: Zunächst Taxisversuche; dann Kolotomie, Digitalexploration der Bauchhöhle durch den erweiterten Bruchring, Feststellung der Geschwulst, eventuell Exstirpation derselben. Nach vergeblicher Taxis wird die Darmschlinge durch die blutig erweiterte Pforte reponirt, die Incision um 2 cm nach unten verlängert, wodurch die Betastung einer straußeneigroßen Parovarialcyste rechts ermöglicht wird. Alsdann wird der Tumor sammt dem angrenzenden rechten Ovarium durch die inzwischen bis zur Symphyse verlängerte Bauchwunde herausgewälzt, da der Stiel, der eigentlich durch das ganze verbreiterte rechte Mutterband dargestellt wird, ziemlich mobil ist. Da das Abbinden über dem Eileiter nicht gelingt, wird der letztere mitgenommen, der noch bestehende Ascites mit Schwämmen abgeschöpft und, nach Resektion des Brucksackes, die Bauchwunde geschlossen. Der Verlauf ist zweimal durch Fiebersteigerungen gestört worden, doch ist vollständige Genesung eingetreten. 6 Monate nach der Entlassung keine Spur von Hernie oder Ascites.

Mit der ca. 230 g klare beinah eiweißfreie, an Chloriden reiche Flüssigkeit enthaltenden Cyste, die einen serösen Überzug und einen durch Bindegewebsstränge durchzogenen, mit Pflasterepithel austapezierten Hohlraum hat, ist das intakte rechte Ovarium durch einen serösen Strang verbunden. Auf der entgegengesetzten Seite zieht sich die Cyste in ein hornartig gekrümmtes kleines Divertikel aus, welches gleichfalls Flüssigkeit enthält. Alles zusammen hat einen einheitlichen Serosaüberzug. Es liegt unzweifelhaft eine aus dem Reste des Wolff'schen Körpers entstandene Parovarialcyste vor. — Abgesehen vom großen chirurgischen Interesse, welches der Fall darbietet und welches Verf. in seiner, analoge Fälle von mit Ascites komplicirten Hernien beleuchtenden Arbeit, hauptsächlich verfolgt, ist die Frage nach der Entstehung des Ascites von großer Bedeutung. Dieser Fall von Ascites bei Parovarialtumor stehe fast einzig da, und wären verschiedene Deutungen möglich. Ausgeschlossen ist aber nach Verf. die vorausgehende Ruptur einer Sackkammer. Eher ist man berechtigt für die Ätiologie dieses Ascites einen analogen Vorgang, wie bei den gestielten Uterusmyomen anzunehmen, trotzdem seine letzten Ursachen uns auch unbekannt sind.

Sack (Langensteinbach).

13) H. Varnier (Paris). Über künstliche Cervixerweiterung während der Geburt.

(Gaz. hebdom. 1890. No. 6. p. 62.)

Den von Champetier de Ribes publicirten 17 Fällen von intra-uteriner Kolpeuryse vermittels eines von Letzterem angegebenen konischen Ballons, fügt Verf. einen weiteren aus seiner Praxis bei.

Bei einer älteren Erstgebärenden mit einem faustgroßen Uterusfibrom in der Gegend des unteren Uterinsegmentes, war eine 5 Tage anhaltende Wehenthätigkeit nicht im Stande den Muttermund zu öffnen. Am 5. Tag gerufen fand V. Tetanus uteri, Nabelschnurvorfall, Putrescenz des Fötus, Fieber von 39°. Muttermund nur 1 frankstückgroß, das vorliegende kindliche Becken noch sehr hoch über dem Beckeneingang. Es wird sofort Champetier's Ballon in das untere Uterinsegment eingeführt. Sogleich nach dem Erwachen aus der Narkose, beginnt von Neuem die seit 48 Stunden beinahe erloschene Wehenthätigkeit und in 4 Stunden (entspricht der von Champetier angegebenen Zeitdauer) war der Muttermund vollkommen verstrichen.

V. giebt eine detaillirte Beschreibung und Abbildung des Instrumentes wieder, welches er für geeignete Fälle besonders warm empfiehlt.

Sack (Langensteinbach).

14) Tuffier (Paris). Kaiserschnitt bei Anwesenheit von Fibromyomen des Uterus und der Ligamenta lata.

(Annal. de Gynécol. 1889. November.)

Frau von 32 Jahren, jetzt im 7. Monat der Schwangerschaft stehend, war bis zu deren Eintritt ganz gesund. 2 Jahre vorher Abort im 3. Monat. Sie klagt über heftige Schmerzen im Unterleib, Übelbefinden, Beschwerden beim Gehen. Die Untersuchung ergiebt eine Ausfüllung des kleinen Beckens und der Beckenschaufeln mit harten, knolligen Geschwülsten. Beiderseits je eine Hauptmasse von Mannskopfgröße, von denen die linke der Form nach für den mit Fibromen durchsetzten Uterus gehalten wird. Fast völlige Unbeweglichkeit der Tumormassen. — Während einer kurzen Beobachtungsdauer wird das Befinden immer schlechter, sehr heftige Schmerzen treten besonders Nachts auf, mit fast gänzlicher Appetitlosigkeit gehen Kräfteverlust und zunehmende Abmagerung einher. Temp. 38°. Urin eiterhaltig.

Glatte Operation, Kind lebend. Uterusnaht mit 9 tiefen Seiden- und 9 oberflächlichen Katgutsuturen. Unterbindung der Tuben, da die vollständigen Adnexe nicht zu fassen sind.

Gleich nach der Operation Wohlbefinden, Abends Temp. 37,6, Puls 124. Weder Blutung, Erbrechen noch Schmerzen. Am anderen Morgen Exitus.

Die Autopsie beschränkte sich auf den Uterus, die Tumoren und die Nieren.

In der Uteruswand fanden sich eine Menge Fibrome, die größte Masse hatte sich in das rechte Lig. lat. hinein entwickelt. Gesammtgewicht der Tumoren und des Uterus 2600 g. Der rechte Ureter war auf 1 cm Durchmesser erweitert, das Nierenbecken erweitert und mit Eiter gefüllt; Pyelonephritis.

T. gibt die intraligamentäre Entwicklung des rechtsseitigen Tumors als Ursache der Nierenerkrankung an, indem dieser eine Kompression des Ureters bewirkte. Andererseits gab er die absolute Indikation zum Kaiserschnitt, da an eine Geburt nicht zu denken war. Todesursache: Pyelonephritis; Chock, Blutung und Sepsis sind vollkommen auszuschließen.

Heyder (Leipzig).

15) D. von Ott (St. Petersburg). Vaginale Totalexstirpation des Uterus

(Annal. de Gynécol. Oktober und November 1889.)

v. O. theilt 30 Fälle von vaginaler Totalexstirpation des Uterus wegen maligner Neubildungen (Cankroid, Carcinom und Adenoma malignum) mit. In 10 Fällen beobachtete er Recidive, von 13 Fällen ist das Endresultat ganz unbekannt, 7 fand er recidivfrei. Freilich ist die Beobachtungszeit dieser letzten Fälle eine noch

sehr kurze, da der negative Befund bei 5 Kranken nach 1 Jahre, bei 1 nach 2 Jahren und nur bei 1 nach $3^1/_2$ Jahren festgestellt wurde.

Außer der Kasuistik giebt v. O. ausführliche Mittheilungen über Indikation zur Operation, Diagnostik, Prognose und Operationsverfahren. v. O. exstirpirt die Ovarien nicht mit, wenn er nicht eine besondere Indikation dazu hat. Zur Blutstillung bedient er sich nicht der Forcipressur, sondern wendet starke Seidenligaturen an. Wenn auch das erstere Verfahren die Operationsdauer nicht unbedeutend abkürzt, so sichert die Ligatur doch besser gegen Nachblutungen.

Heyder (Leipzig).

16) **Hamaker.** Ein Fall von Eierstocksgeschwulst bei einem Mädchen von 7 Jahren, Ovariotomie, Genesung.

(New York med. journ. 1889. September 14.)

Da der Titel schon das Wesentliche der Krankengeschichte enthält, ist nur noch hinzuzufügen, dass die Geschwulst sich rasch, innerhalb $^3/_4$ Jahren, bis zu erheblicher Größe entwickelt hatte und ein langgestieltes multilokuläres Kystom darstellte. Der Ovariotomie war einige Tage vorher eine Punktion mit Aspiration vorausgeschickt worden, wonach sich die Geschwulst außerordentlich rasch wieder füllte. Versenkung des Stiels, Genesung in etwa 3 Wochen vollendet.

Lühe (Demmin).

17) **Malins.** Varicöse Venen der breiten Mutterbänder.

(Amer. journ. of the med. sciences 1889. Oktober.)

An der Bildung der Plexus pampiniformis betheiligen sich Äste aus den Geflechten des Uterus, der Scheide und der Ovarien, welche vielfach mit einander kommuniciren. Die aus allen diesen Geflechten hervorgehenden Stämme laufen mit den Arterienstämmen zusammen und enden schließlich in der Vena uterovaginalis, welche rechterseits in die Hohlvene, links in die Nierenvene einmünden. So steht die Blutabfuhr aus den Plexus pampiniformes in Verbindung mit derjenigen der übrigen Beckenorgane. Eine gemeinsame Eigenschaft aller dieser Venen ist die geringe Entwicklung der Klappen und die Gegenwart von Muskelfasern, so dass ein schwammiges Gewebe, wie die Ovarien, dadurch einen erektilen Charakter erhält.

Auch der wechselnde Füllungszustand der Blutgefäße, wie er durch geschlechtliche Reizung, Menstruation und Schwangerschaft gegeben ist, wirkt ungünstig auf die Wandungen ein, so dass sich leicht bei örtlichen und allgemeinen Störungen Ausdehnung der Venen, Varicositäten entwickeln. Besonders sind Subinvolution und Lageveränderungen der Gebärmutter Veranlassung einer solchen, während in Folge der geschilderten anatomischen Verhältnisse auch Erkrankungen der übrigen Nachbarorgane, zumal Neigung zu Verstopfung und Hämorrhoiden, wie sie nach Schwangerschaft sich so oft ausbilden, sich oft damit verbinden. Man kann dann in solchen Fällen in den breiten Mutterbändern die ausgedehnten Venen fühlen, welche die Stärke eines kleinen Fingers erreichen und zusammen Massen von der Größe eines Hühnereies bilden können.

Für die Behandlung empfiehlt sich besonders die örtliche Blutentziehung, am besten in Gestalt mehrfacher Stichelungen der Portion und bald nach Beendigung einer Menstruation, nach 10 Tagen und unmittelbar vor der nächsten Menstruation, außerdem die heiße Dusche. Die damit verbundenen anderweiten Störungen bedürfen natürlich entsprechender Behandlung; nöthigenfalls Kastration.

Lühe (Demmin).

18) **Jackson.** Fall von Lipom in der Bauchhöhle, welches eine Eierstocksgeschwulst vortäuschte.

(Med. news 1889. Oktober 5.)

Es war die Diagnose auf Eierstocksgeschwulst gestellt und der Bauchschnitt ausgeführt, als sich große Massen Fett vorfanden, welche an das Mesenterium und die Innenfläche des Bauchfells angeheftet waren. Diese Massen konnten nicht

sicher entfernt werden, man nähte also die Wunde zu, die Kranke genas, ohne sich später schlechter zu befinden, als vor der Operation. In der Litteratur sind nur wenige ähnliche Fälle bekannt, Péan operirte 2 mit einen Todesfall, eben so endeten 1 Fall von Spencer Wells und 2 Fälle von Homans in Boston, wogegen Byford 1 Genesung erzielte. Auch andere Mitglieder der gynäkologischen amerikanischen Gesellschaft, in deren Jahressitzung diese Mittheilung gemacht wurde, hatten ähnliche Fälle beobachtet, Gordon bei einem Mann, Goodell, Gehrung, Barker bei Weibern, stets folgte der Operation mehr oder weniger bald der Tod. Engelmann zweifelt, dass es sich um Lipome gehandelt habe.

Lühe (Demmin).

19) Tarnier (Paris). Über Zangenanlegung bei Steißlagen.

(Le mercredi médic. 1890. No. 4. p. 37.)

Im Gegensatz zu den meisten deutschen Geburtshelfern plaidirt jetzt T., früher selbst ein Gegner der Steißzange, für die Zangenextraktion bei vorliegendem Steiß. Die vor einigen Jahren veröffentlichten Experimente von Olivier bewogen ihn, die von Trélat angegebene Beckenzange mit platten, elastischen Löffeln zu vervollkommnen, namentlich den Löffeln eine entsprechende Konkavität zu geben und sie mit einer Traktionsvorrichtung zu versehen. T. pflichtet Olivier bei, dass die Anlegung des Instrumentes nicht an die Darmbeinschaufeln, sondern an die Trochanteren geschehen soll. Denn, vermöge der nach unten sich zuspitzenden Form des Steißes, gleitet die Zange bei dem ersteren Modus zu leicht ab, während die Konfiguration der dem Bauch anliegenden kindlichen Schenkel mit der breiten Basis nach unten, die beste Gewähr für einen sicheren Zug leistet. Selbstverständlich bleibt die Steißzange nur für die Fälle vorbehalten, wo das kindliche Becken schon zu tief steht und die Extraktion am Fuß nicht mehr möglich ist. Übrigens räth T., zuerst die Extraktion mit hakenförmig gekrümmtem Finger, einem stumpfen Haken oder einer Schlinge zu versuchen und erst dann zur Anlegung der Zange zu schreiten, deren Wirkung man noch durch die Schlinge gleichzeitig unterstützen kann. Von 11 von Olivier citirten Fällen gelangen vollständig 8; in den 3 misslungenen Extraktionsversuchen war die Zange einmal eben nicht an die Trochanteren angelegt; im zweiten Fall erfolgte die Geburt inzwischen spontan, und im letzten wurde die Operation von einem Ungeübten ausgeführt.

Sack (Langensteinbach).

20) Rudolf Müller (München). Ein durch Massage geheilter Fall von Retroflexio uteri adhaesiva.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 18.)

M. behandelte eine junge Frau, welche noch nicht geboren hatte und an einer Retroflexio uteri litt. Der Fundus war mittels peritonitischer Stränge links hinten gegen das Rectum fixirt. Die Cervix war wenig beweglich und durch schmerzhafte parametrane Stränge nach rechts und vorn angeheftet. Da es der erste Fall war, welcher vom Verf. mittels Massage und Dehnung behandelt war, so beabsichtigte er vorläufig nur die peritonitischen Verklebungen allmählich zu lösen und allenfalls noch die Empfindlichkeit und Vergrößerung des Ovarium zu vermindern. — Nach zehnwöchentlicher Behandlung, während welcher die Empfindlichkeit und Schwellung allmählich zurückgingen und die Reflexsymptome schwanden, war die Cervix wie der Fundus wie auch das Ovarium frei in jeder Richtung beweglich, und auch normale Lage, zu Verf. Überraschung, war hergestellt. Seit 3/4 Jahren befindet sich der Uterus ohne Pessar in Anteflexion und sämmtliche Beschwerden sind geschwunden.

Ziegenspeck (München).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger und Bericht über die Verhandlungen der 8. Abtheilung des X. internat. Kongresses zu Berlin (Bogen 9).

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 39. Sonnabend, den 27. September. **1890.**

Inhalt: I. **Zweifel**, Über die Vaginalfixatio uteri, oder die Schücking'sche Vaginalligatur. — II. **Schrader**, Über die operativen Befugnisse der preußischen Hebammen. (Original-Mittheilungen.)

1) **Issmer**, Dauer der Schwangerschaft. — 2) **v. Szabó**, Selbstinfektion. 3) **Negri**, Bericht. — 4) **Hergott**, Retention des Fötus. — 5) **Pinzani**, Brüchigkeit des Fötus. — 6) **Guzzoni degli Ancarani**, Schädelfrakturen. — 7) Derselbe, Tumor der Nabelschnur. — 8) **Coen**, Adenom der Bartholini'schen Drüsen. — 9) **Negri**, Asa foetida bei habituellem Abort. — 10) **Clarke**, Aderlass bei Eklampsie.

I. Über die Vaginalfixatio uteri, oder die Schücking'sche Vaginalligatur.

Von

P. Zweifel in Leipzig.

Die Empfindung, dass die Ventrofixatio uteri — werde dieselbe durch Annähen der Ligamenta ovarii und einiger Falten der beiden Ligamenta lata oder mittels einer durch den Fundus uteri geführten Naht gemacht — ein unverhältnismäßig großer Eingriff sei im Hinblick auf die vollkommene Gefahrlosigkeit der damit behandelten Krankheit, wird sich wohl anderen Gynäkologen so lebhaft aufgedrängt haben, wie mir. Erstens ist nicht leicht und bequem zu nennen, den normal großen Uterus bis über den horizontalen Schoßbeinast emporzuheben, zweitens ist man doch stets in Verlegenheit, an welche Falten der vorderen Peritonealauskleidung man die Gebärmutter annähen soll; denn das Peritoneum parietale ist im Bereich des kleinen Beckens überall ganz locker und verschieblich, so dass es dem angenähten Uterus keinen Halt giebt. Die Nadel aber zu tief zu führen ist eine nicht ungefährliche Sache, denn dieselbe trifft sonst leicht Blase oder Ureteren. Über dem horizontalen Ast des Os pubis kann man freilich unbekümmert um Nebenverletzungen so tief gehen bis man auf festen Grund kommt, aber da-

hin, das heißt über das kleine Becken empor, gehört die Gebärmutter nicht.

Ich habe desswegen den Vorschlag von Dr. A. Schücking bei seinem Erscheinen als principiell richtiger und ungefährlicher begrüßt. Als uns Herr Dr. Schücking in der Februarsitzung der geburtshilflichen Gesellschaft sein Verfahren und seine Erfolge mittheilte, stand ich nicht an den günstigen Eindruck des Verfahrens zu bekennen. Nur über einen Punkt bestand Meinungsverschiedenheit, nämlich ob die Blase durch das einfache Tiefziehen des Uterus unter Verdrängen des Fundus in die rechte Beckenseite vor einer Verletzung durch die in den Uterus eingeführte Nadel zu bewahren sei. Schücking war dieser Ansicht und begründete sie damit, dass weder er noch Andere durch genaues Abtasten der Blase je etwas von einem durchgeführten Faden hätten fühlen können. In dem neuesten Aufsatz von Thiem[1], einem warmen Anhänger der Schücking'schen Operation steht der Satz, dass die Verletzung der Blase durch das oben schon erwähnte Deplacement von Uterus und Blase mit Sicherheit zu vermeiden sei.

Höher oben heißt es aber bei demselben Autor: »Es kommt vor, dass der Assistent beim Wegdrängen der Blase, um dies recht gut zu machen, die Schleimhaut mit dem Katheter ein wenig lädirt, wonach leicht eine geringe Blutung eintritt.« Wie seltsam! Der Assistent mit dem stumpfen Katheter soll die Blase verletzen und an der darauf folgenden Blasenblutung Schuld sein, der Operateur dagegen mit Sicherheit die Blase vermieden haben, trotzdem er mit einer scharfen Nadel vom Fundus uteri bis in das Scheidengewölbe durchsticht!

Dieser Ansicht widersprach ich bei der erwähnten Diskussion mit der Begründung, dass ich aus früheren Operationsverfahren gegen Prolapsus wisse, dass jedes Mal, wenn ein Tropfen Blut im Urin erscheine, die Blase angestochen sei. Diese Deutung finde desswegen keinen Anklang, weil die Erscheinungen des Blasenanstechens so unerwartet gering seien. Denn außer einem unbedeutenden Blutabgang gleich nach der Verletzung, verschwinde der Faden so symptomlos in den zarten Falten der Blaseninnenwand, dass ihn kein Katheter fühlen und kein Krankheitszeichen verrathen könne.

Wo sich bei den Schücking'schen Operationen Blut gezeigt habe, sei die Blase angestochen worden.

Auf einen anderen Nachtheil wies Schücking selbst hin, dass nämlich die Ligatur am äußeren Muttermund und der Portio vaginalis tief einschneide. Es kann dies nicht anders erwartet werden; denn der Faden wird mittels der gedeckten Schücking'schen Nadel durch die Uterushöhle bis zum Fundus uteri geführt, von dort aus nach der Scheide durchgestochen und nun durch festes Anziehen und Knoten der beiden Enden eine Befestigung des Fundus an der

---

[1] Erfahrungen über die vaginale Ligatur (nach Schücking).

vorderen Scheidenwand und eine Krümmung der Gebärmutter in sich, eine künstliche Anteflexion bewirkt. Es muss der geschnürte Faden an der schwächsten Stelle einschneiden, weil die in sich gekrümmte Gebärmutter sich zu strecken strebt.

Desswegen machte ich in jener Diskussion den Vorschlag, die Fixation des Corpus uteri mit Balken- bezw. mit Plattennähten auszuführen, denn diese ergeben sowohl Fixation als Anteflexionskrümmung des Uterus in ganz gleicher Weise wie die Ligatur.

Die Hauptfrage dreht sich darum, ob die Blase durch bloßes Verdrängen mit dem Katheter zu vermeiden sei und da sich die Gelegenheit bot, stellte ich Herrn Dr. Schücking eine Kranke der hiesigen Klinik zur Operation zur Verfügung. Der Uterus war recht groß und wurde der Fall schon von vorn herein von Dr. Schücking als ungünstig erklärt. Die Operation ging im Übrigen programmgemäß und rasch von statten, aber es kam blutiger Urin aus dem Katheter. Der weitere Verlauf zeigte, dass dies keineswegs nur eine nebensächliche Schleimhautverletzung durch den Katheter, sondern eine ziemlich ernste Blasenverletzung sei. Die Frau bekam heftige Blasenschmerzen, Blasenentzündung und unwillkürlichen Harnabgang durch die Scheide. Dies braucht keinen Kommentar. Wenn auch die sofortige Entfernung des Fadens rasch alle Symptome zum Bessern brachte, so ist es denn doch misslich die Blasenverletzung bei dem Verfahren mit in den Kauf nehmen zu müssen, es ist jedenfalls gerechtfertigter, wie dies Sänger in derselben Diskussion äußerte, dies im Princip zu vermeiden, um so mehr als wir ja in der vaginalen Totalexstirpation und der Amputatio alta colli uteri das Abtrennen und Hochschieben der Blase schon üben und als durchaus ungefährlich kennen.

Der von Dr. Schücking selbst operirte Fall ist wegen der zu früh entfernten Fäden erfolglos geblieben. Seither habe ich jedoch diese Operation mit Modifikationen noch 7mal zu machen Gelegenheit gehabt und bin durch die damit erzielten Erfolge sehr befriedigt.

Die Operation beginnt mit 1) einem Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe mittels des Flachbrenners von Paquelin. Es wird unter starkem Abwärtsziehen der Portio die Blase stumpf in die Höhe gedrängt, wo es stärker bluten sollte unterbunden.

Nun kommt 2) die Dislokation von Uterus und Blase gerade so wie es Schücking empfohlen hatte. Der Fundus uteri wird durch die krumme gedeckte Nadel von Schücking nach rechts zur Seite gedrängt, die Blase mit einem Katheter nach links geschoben.

3) Die krumme Nadel drängt den Fundus gegen das eröffnete vordere Scheidengewölbe und sticht, während ein Finger der linken Hand die Blase möglichst in die Höhe schiebt, die gedeckte Nadel unterhalb des Fingers in das Scheidengewölbe aus. Da man mit dem Ausstich etwas zu tief herauskommt, wird dann mit der hervorgestoßenen Nadel das Scheidengewölbe noch für sich durchstochen.

4) Aus der Nadel wird der dünne Seidenfaden hervorgezogen. Derselbe ist meistens, weil nur sehr dünne Seide durch das Öhr der Nadel geht, zum Knoten zu schwach. Durch die hervorgezogene Öse des Fadens wird ein stärkerer Seidenfaden doppelt eingelegt und die ganze Nadel mit den Fäden durch den Uterus zurückgezogen.

5) An das aus dem Muttermund herausragende Ende kommt Bleiplatte mit Schrotkorn oder Glasperle befestigt. Es wird das Fadenende, welches durch das vordere Scheidengewölbe geht, stark angespannt und die Portio weicht mit ihrer Platte gegen das Kreuzbein aus. Nun besteht aber vorn eine Wundspalte, welche quer verläuft. Diese wird wieder quer vereinigt.

6) In 2 Fällen machte ich den Versuch so zu nähen, dass die Nadeln quer durchgeführt, also aus dem ursprünglichen Querspalt eine Längsnaht wurde. Es bestand die Absicht das vordere Scheidengewölbe zu strecken, zu verlängern. Es hielt aber diese Naht die Portio zu stark vorn und bewährte sich das Verfahren nicht.

Es läge nun sehr nahe mit tiefgreifenden Nähten den Uterus so an das vordere Scheidengewölbe zu befestigen, dass man keine Balkennaht mehr nöthig hätte. Das ist nicht eben so leicht und sicher zu machen als mit der Uterusnaht.

7) Zum Schluss wird der aus dem vorderen Scheidengewölbe heraushängende Faden kräftig angezogen. Wie man sich überzeugen kann krümmt sich dadurch der Uterus in eine Anteflexionsstellung, er wird gekrümmt wie der Fidelbogen durch eine stark gespannte Saite. Der vorn heraushängende Faden wird durch eine zweite Platte geführt und dieselbe mittels eines durchgezogenen Schrotkornes fest angedrückt. Damit ist die Operation vollendet. Als Fäden benutzten wir ausschließlich Seide. Silkwormgut wäre besser, ist aber nicht lang genug. Die Fäden bleiben nach Schücking's Rath 6 Wochen lang liegen.

Von dem Verlauf und den Erfolgen kann ich sagen, dass der Uterus in vortrefflicher Stellung vorn fixirt bleibt. Die Schmerzen sind recht unbedeutend, Fieber und dergleichen ist nie eingetreten. Die Kranken machen regelmäßige Scheidenausspülungen, können aber einige Tage nach der Operation wieder aufstehen. Doch konnte ich nach ca. 8—10 Tagen eine starke Lockerung der Fäden bemerken, zog dann den vorderen Faden stärker an und legte durchbohrte Kautschukringe von der Dicke eines Hühneraugenpflasters, welche auf einer Seite aufgeschnitten wurden, zwischen Bleiplatte und Schrotkorn ein, damit der Fundus uteri von Neuem straff gezogen und der vorderen Vaginalwand angenähert wurde. Nach 6 Wochen kam der Faden heraus.

Die Operation kann nur bei ganz beweglichem Uterus ausgeführt werden und birgt in sich mehr als die Ventrofixatio nach Olshausen's Vorschlag den Nachtheil, dass bei erneuter Schwangerschaft entweder die Verwachsung sich lösen oder Abortus eintreten

würde. Danach sind die Fälle für die Vaginalfixation des Uterus beschränkt.

In ähnlicher Weise führte ich bei einer Frau mit verwachsener Retroflexio uteri und Pyosalpinx bei der Entfernung der Eileitergeschwülste die Vaginalfixation des beweglich gemachten Uterus durch, indem ich die Ligaturen des Tubenendes und der Lig. lata in eine gestielte Nadel legte und von der Bauchhöhle her unter Emporhalten der Blase nach der Scheide durchstach und je 2 Ligaturen in der Scheide fest knotete. Um das Verfahren verständlicher zu machen will ich nach Vorausschickung des Princips die genauere Beschreibung wiederholen.

Da die Scheidenwunden leicht stark bluten, wurde im Beginn der Operation vor der Portio vaginalis die Schleimhaut quer durchgetrennt, die Blase abgelöst, allfällig blutende Gefäße zugeklemmt und die Vagina mit Jodoformgaze ausgestopft.

Als durch die Laparotomie der Uterus beweglich gemacht war, wurden die mit Seide geschnürten Ligaturen in eine lange gestielte Schiebernadel gelegt und von innen her unter genauer Besichtigung der Blase links und rechts 2mal neben einander ausgestochen. Ich stach in der vorher gemachten Querwunde der Scheide aus, glaube aber, dass dieses Vorschneiden und Ablösen der Blase nicht immer nöthig ist. Die Operation wurde nach dem Hinausführen der Fäden durch die Scheide oben vollendet, die Bauchhöhle geschlossen und die Seidenligaturen über den jederseits stehen gebliebenen Gewebsbrücken festgeknotet. Die Scheidenwunde wurde wieder zugenäht.

Im Verlauf ließen sich sämmtliche Ligaturen von der Scheide aus durch etwas kräftiges Anziehen entfernen. Das Corpus uteri war im vorderen Scheidengewölbe, — wochenlang nach der Operation — fixirt, doch wegen der Beweglichkeit der Portio keine pathologische Knickung entstanden.

II. Über die operativen Befugnisse der preußischen Hebammen.

Von

Dr. Wilhelm Schrader, Hamburg.

In diese von Herrn Geheimrath Dohrn angeregte Diskussion sind die Herren Prof. Ahlfeld und Geheimrath Abegg eingetreten (No. 15 und 18 dieses Blattes). Wie ich aus derselben ersehe, stößt die Beantwortung der Frage, ob den Hebammen die innere Wendung und künstliche Lösung der Nachgeburt (natürlich unter gewissen beschränkenden Bedingungen) noch zu gestatten sei, an maßgebender Stelle auf Schwierigkeiten, welche ich seiner Zeit nicht erwartet hatte.

Die Beantwortung dieser so folgenreichen Frage scheint mir nämlich sehr leicht zu sein, wenn man die Grundsätze, nach denen

sie erledigt werden muss, nicht verschiebt oder gar durch Herbeiziehen eigentlich nicht hingehöriger Gesichtspunkte ganz verdrängt.

Bezüglich der Grundsätze, nach denen diese Angelegenheit zu regeln ist, dürfte folgender Satz wohl vorangestellt werden und von Ärzten als auch eventuell Nichtärzten den geringsten Widerspruch erfahren:

Das allgemeine Wohl erheischt derartige Bestimmungen, dass für eine jede Geburt die Möglichkeit gegeben und nicht etwa genommen wird, thunlichst nach geburtshilflichen Regeln, d. h. sachgemäß geleitet zu werden.

Als nothwendige Folge dieses Satzes ergiebt sich die Frage: Ist in Preußen überall rechtzeitig ärztliche Hilfe zu beschaffen?

Wer diese Frage glaubt mit »Ja« beantworten zu können, wird sich natürlich dahin äußern, dass den Hebammen obige Operationen nicht mehr zu gestatten seien, und wer diese Frage verneint, wird zum entgegengesetzten Schluss kommen.

Was nun die innere Wendung anlangt, so hebt Herr Dohrn mit Recht hervor, dass die Wendung weniger durch eine Verzögerung als durch verpfuschte Handgriffe und misslungene Wendungsversuche der Hebamme vor Ankunft des Arztes erschwert werde. Dies wird heute wohl von allen Geburtshelfern bestätigt werden. Rechtzeitig ärztliche Hilfe zu erlangen wird daher in den meisten Fällen gelingen und, wenn der Arzt nicht zu weit wohnt, selbst den alten Hebammen, die, wenn ich so sagen darf, die Kindeslagen nur an der Hand der Statistik diagnosticiren; denn, unbekannt mit der äußeren Untersuchung, verlassen sie sich auf die Häufigkeit der Geradlagen und finden stets »eine gute Lage«, womöglich bis zum Sichtbarwerden des Armes. Mit dieser Unvollkommenheit vieler Hebammen muss aber zur Zeit noch gerechnet werden. Hätten wir aber in der That nur solche Hebammen, die in der von Herrn Prof. Ahlfeld angegebenen Weise vom ersten bis zum letzten Tage des Lehrkursus in der äußeren Untersuchung unterrichtet worden wären, so würde es wohl zu den größten Seltenheiten gehören, dass eine Hebamme nicht gleich bei der ersten Untersuchung die Querlage erkennt. Trotzdem würden auch dann noch genug Fälle vorkommen, wo ärztliche Hilfe wegen größerer räumlicher Entfernung nicht mehr rechtzeitig zu haben wäre, da vielfach die Hebamme selbst erst sehr spät geholt wird.

Wo aber spätes Erkennen der Querlage sich mit zu schwerer Erlangbarkeit des Arztes komplicirt, da muss meines Erachtens der Hebamme die Möglichkeit zur Wendung gegeben sein.

Distrikte, in denen ärztliche Hilfe oft erst nach einer ganzen Reihe von Stunden, also vielmals nicht mehr rechtzeitig zu erlangen ist, giebt es in Preußen noch in ziemlicher Zahl, so in Westpreußen, wie wir durch Herrn Abegg wissen, meines Wissens ist dies aber

auch der Fall in Oberschlesien — Industriebezirk ausgenommen — und in meiner Heimatprovinz Posen.

Sehr zu wünschen wäre es, wenn in allen Hebammen-Lehranstalten die äußere Untersuchung an Schwangeren in der von Herrn Prof. Ahlfeld betonten Weise geübt würde. — Es wird dem theoretischen Unterricht vielfach eine zu große Zeit geopfert und soll dieser Verlust durch Verlängerung der Lehrkurse ausgeglichen werden. Wird genügendes Gewicht auf den praktischen Theil gelegt, dann wird der theoretische auch spielend nebenbei gelernt und sind 6, höchstens 7 Monate Lehrzeit völlig genügend. Allerdings vermehre man auch das geburtshilfliche Material in entsprechender Weise.

Die Bestimmung der Kindeslage schon durch äußere Untersuchung allein müsste im Unterrichte auch aus dem Grunde mehr gewürdigt werden, weil sie die Hebamme befähigt, der Entstehung mannigfacher Regelwidrigkeiten (Nabelschnurvorfall, ungeeignete Einstellung des Kopfes, Querlage etc.) des öftern vorzubeugen. Zum Anderen wird die Vorstellungsgabe ungemein gerade hierdurch gefördert, so dass alle Operationen viel schneller gelernt und besser ausgeführt werden.

Ferner halte ich es für dringend nöthig, dass die operativen Befugnisse der Hebamme noch um eine Operation erweitert wird und zwar um die der äußeren Wendung, welche im jetzigen Lehrbuche mit absolutem Stillschweigen übergangen worden ist. Die äußere Wendung mittels des von mir in No. 17 der Berliner klin. Wochenschrift d. J. angegebenen »fortlaufenden Handgriffes« ist verhältnismäßig sehr sicher, die Technik an Schwangeren leicht zu erlernen und zu lehren. Würden die Hebammen mit meinem Handgriffe vertraut gemacht, so würden innere Wendungen wegen Querlage nur noch sehr selten nöthig werden.

Was den zweiten Punkt der Diskussion, die künstliche Lösung der Placenta anbetrifft, so dürfte über die Zulässigkeit dieser Operation der Natur der Sache nach erst gar kein Zweifel herrschen.

Bei der Querlage können auch nach Verstreichen »des für die innere Wendung günstigsten Augenblickes« immer noch einige Stunden bis zur Ankunft des Arztes hingehen, ohne dass wenigstens die Mutter in allzu große Gefahr zu kommen pflegt, wenn die Hebamme sich aller Eingriffe enthält. Anders ist die Sachlage bei Retention der Nachgeburt mit stärkerer Blutung. Da können 2 Stunden zur Ewigkeit werden! Da tritt die Nothwendigkeit des Eingreifens an die Hebammen viel packender heran, und wenn alle ihnen vorgeschriebenen Mittel die Blutung nicht genügend gestillt haben, dann greifen sie zu und suchen die Placenta zu lösen, selbst die Hebammen thun dies, die bei Querlagen opererationsscheu sind und ruhig die Ankunft des Arztes abzuwarten pflegen.

Die Herren Dohrn und Abegg haben ihre Stellungnahme zu diesem Punkte mit Recht von der Nothwendigkeit allein abhängig

gemacht. Ersterer hält dafür, dass ärztliche Hilfe immer rechtzeitig zu erlangen sei und will desshalb die Befugnis der künstlichen Placentarlösung den Hebammen genommen sehen; Herr Abegg hält die Belassung der Befugnis für nöthig, weil in Westpreußen die ärztliche Hilfe nicht immer zu beschaffen sei. Herr Prof. Ahlfeld giebt indirekt selbst zu, dass ärztliche Hilfe nicht immer schnell genug zu haben, stimmt aber doch für ein Verbieten der Operation aus anderen Zweckmäßigkeitsgründen. Herr Prof. Ahlfeld stellt nämlich folgende Frage auf: »Sterben mehr Frauen an ohne Grund ausgeführten Placentaroperationen oder an der Unterlassung derselben, wo nicht schnell genug ein Arzt hat beschafft werden können? Mir ist es nicht fraglich,« fährt Herr Prof. Ahlfeld fort, »dass die Antwort im ersteren Sinne ausfallen muss. Erlauben wir den Hebammen, die Placenta aus den inneren Geburtstheilen herauszunehmen, so machen die Hebammen einen unnöthigen Gebrauch von dieser Erlaubnis und eine große Zahl von Frauen fällt diesen Manipulationen zum Opfer. Verbieten wir die Herausnahme der Placenta, so würden einige Frauen an Verblutung sterben, aber bei Weitem nicht so viele, als wenn der Eingriff den Hebammen gestattet wäre.«

Ich gebe zu, dass von Hebammen mehr in die inneren Geburtswege mit der Hand eingegangen wird, als nöthig; einmal versteht ein großer Theil die Expressio placentae überhaupt nicht, weil er s. Z. gelehrt worden ist, auch normaliter die Nachgeburt mit der Hand aus der Scheide zu nehmen, zweitens giebt es unter den Hebammen, die die Expression gelernt haben, eine ganze Reihe, der die Expression der gelösten Placenta aus Ungeschick oder Zaghaftigkeit oft misslingt. Wenn in diesen Fällen eingegangen wird, so geschieht dies selbstredend »ohne Grund«; allein es werden hierbei keine »Loschälungen« vorgenommen, die doch das gefährlichste Moment bilden. Die Zahl dieser Fälle, in denen »ohne Grund« eingegangen wird, ist aber in Wirklichkeit viel kleiner, als man nach Obigem vermuthen müsste. Die Hebammen haben es nämlich sehr bald weg, sich in diesen Fällen, d. h. bei gelöster Nachgeburt, meist mit dem alsdann unschädlichen Zug an der Nabelschnur zu behelfen. — Jedenfalls werden auch diese Fälle des grundlosen Eingehens seltener, je mehr und besser die Hebammen in der Entfernung durch äußeren Druck ausgebildet werden.

Handelt es sich um eine echte Retention, weil der obere Rand der Placenta noch haftet, und ist dieserhalb die Expression (und eventuell der mäßige Zug an der Nabelschnur) fruchtlos gewesen, nun so giebt es nur eine Therapie, die künstliche Lösung, welche bei stärkerem Blutabgang kein zu langes Aufschieben duldet.

Wie ich auf der Naturforscherversammlung in Wiesbaden (1887) dargethan habe, sind alle Retentionen der Placenta nur auf Störung im Mechanismus, niemals auf abnorme Adhärenzen zurückzuführen. Ich habe damals ferner darauf hingewiesen, dass alle solche Störungen im Mechanismus, nachdem das retroplacentare Hämatom ein-

mal abgeflossen bezw. sein Hohlraum eröffnet ist, nur durch künstliche Lösung, nie durch weiteres Abwarten korrigirt werden können.

Geht also die Hebamme in diesen Fällen von wirklicher Placentarretention ein und löst den oberen Rand der Placenta, so operirt sie »mit Grund«. Durch den Arzt könnte diese Operation auch nicht erspart werden. Somit kann es sich in jedem Einzelfalle nur noch darum handeln, ob die Umstände es ermöglicht hätten, mit der künstlichen Lösung bis zur Ankunft des Arztes zu warten. Ich möchte sogar entschieden davor warnen, dieses Abwarten bis an die äußersten Grenzen treiben zu lassen; denn der letzte Zeitpunkt würde dann nicht selten verpasst werden. Weiß doch Niemand vorher, ob auch die Blutung gleich nach der Lösung der Placenta stehen wird. Selbst in gut geleiteten Anstalten kann nach manueller Lösung noch Verblutungstod eintreten, wie der so eben erschienene Bericht der Dresdener Anstalt für das Jahr 1889 beweist[1].

Nicht nur auf dem Lande sind diese Blutungen zu fürchten, sondern auch in den größeren Städten. Hier liegen jetzt die Verhältnisse — selbst da, wo Sanitätswachen sind — so, dass ärztliche Hilfe nicht selten erst nach Stunden zu haben ist, so dass bei endlicher Ankunft eines Arztes schon hochgradige Blutleere vorhanden ist, welche dann verhängnisvoll wird. Es ist nämlich sehr zu erwägen, dass ein ausgebluteter Körper, selbst wenn der Tod nicht akut an Verblutung eintritt, viel leichter einer Infektion erliegt.

Wer die in allen Lehrbüchern ausgesprochene Ansicht theilt — ich halte dieselbe nicht für richtig —, dass die Wunden eines ausgebluteten Körpers stärker aufsaugen, der muss sich erst recht dagegen aussprechen, dass der Hebamme das künstliche Lösen gänzlich untersagt wird.

Bezüglich der Urheberschaft der Infektionen erscheint es mir noch sehr zweifelhaft, ob in den Fällen, wo Arzt und Hebamme gemeinschaftlich thätig gewesen sind, wirklich die letztere die häufigste Schuld hat. Leider wird es nie möglich sein, diese Streitfrage zu entscheiden, allein ich vermuthe, dass der Arzt den Löwenantheil an der Schuld hat. Zu dieser Ansicht bin ich nicht durch die von Herrn Abegg aufgestellte Tabelle und dessen Schlussfolgerungen gekommen; für mich ist vor Allem der Umstand maßgebend, dass ein vielbeschäftigter Arzt naturgemäß ein Träger von pathogenen Stoffen ist, da er täglich mit denselben zu thun hat und dass ferner seine subjektive Desinfektion, wenn sie auch durchschnittlich energischer als bei den Hebammen ist, in vielen Fällen doch nur eine flüchtige und darum zu oft unzulängliche genannt werden muss. Über die mangelhafte Antisepsis selbst bei Ärzten, die so eben erst die Universität verlassen, äußern sich Leopold und Pantzer sehr beherzigenswerth in dem vorhin erwähnten Berichte.

[1] Leopold und Pantzer: Die Beschränkung der inneren und die größtmögliche Verwerthung der äußeren Untersuchung in der Geburtshilfe etc. Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVIII, Heft 2.

Ich glaube dieserhalb, dass die Hebammenhände auch trotz der schlechteren Desinfektion durchschnittlich weniger infektiös sind, als die der Ärzte. Bei dieser Angelegenheit muss aber mit diesem Faktor gerechnet werden.

Nach allen diesen Erwägungen bin ich geneigt anzunehmen, dass die Allgemeinheit eher schlechter dabei fahren würde, wenn man den Hebammen die Placentarlösung gänzlich verbietet: Ein Theil der Frauen würde nämlich, wie auch Herr Prof. Ahlfeld zugiebt, sich verbluten, und von den übrigen würde, meiner Meinung nach, wie oben dargelegt, ein noch größerer Theil als jetzt den sekundären Folgen der Blutung im Verein mit Fieber erliegen.

Sollte aber den Hebammen die Befugnis genommen werden, so würde sich die Sache auf dem Lande in praxi so gestalten. Wenn die Hebamme in dringenden Fällen nicht aus Hebammenpflicht eingreift und die Placenta zu lösen sucht, so würde sie es doch oft aus Menschlichkeit thun. Fände sie aber nicht den Muth dazu, nun so würde, auf dem Lande wenigstens, der nächste — Schäfer oder Kuhhirte für diese Fälle Helfer sein.

Auch ließe sich einem derartigen Verbot unter den jetzigen Verhältnissen keine genügende Nachachtung erzwingen. Gegen etwaige Disciplinarstrafen würden die Hebammen bei jedem Gerichtshofe ein obsiegendes Erkenntnis erstreiten, da es nicht schwer halten dürfte, den Richter zu überzeugen, dass die Hebamme geburtshilflich richtig, d. h. sachgemäß gehandelt hat.

Bei den Entschließungen über diese wichtigen Fragen dürfen ferner Bedenken, wie das, dass mit der Erlaubnis seitens der Hebammen Missbrauch getrieben werden wird, nicht ausschlaggebend sein. Missbräuche werden bekanntlich nur da getrieben, wo die Kontrolle eine ungenügende ist. Wohlan, so setze man auch hierbei den Hebel dort an, wo er hingehört: Man verschärfe die Kontrolle der Hebammen! In welcher Weise dies zu ermöglichen, gehört aber nicht in diese Diskussion.

Wollte man die Frage über die zu gewährenden Befugnisse auf dem Wege der Umfrage bei sämmtlichen Ärzten erledigen, oder in den Vereinen zur Sprache bringen, so glaube ich, dass sich für die bedingte Erlaubnis beider Operationen viele der auf dem Lande prakticirenden Herren Kollegen aussprechen würden und für die der Placentarlösung auch eine nicht geringe Zahl von Ärzten in den größeren Städten, so dass, wie Herr Abegg treffend sagt, »in jedem einzelnen Falle die möglichst beste Hilfe geleistet werde, also durch einen Arzt, sobald ein solcher zu beschaffen ist, durch die Hebamme, wenn das Erstere unthunlich bleibt«.

1) Issmer. Über die Zeitdauer der menschlichen Schwangerschaft.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXV. Hft. 2.)

Eine verhältnismäßig umfangreiche und recht mühevolle Arbeit, welche auf statistischem Wege die Zeitdauer der menschlichen Schwangerschaft festzustellen sucht. Verf. zeigt zunächst an der Hand einwurfsfreier klinischer Beobachtungen, dass der Zeitpunkt der Geburt ein von der menstruellen Kongestion unabhängiger Vorgang ist. Sodann erörtert er eingehend die beiden Hauptfaktoren bei Berechnung der Schwangerschaftsdauer, die Menstruation und die Konception. Die Beobachtung von 44 Ovariotomien und 2 Kastrationen, welche in der Münchener Klinik ausgeführt worden, lehrte, dass »die typische menstruelle Blutung in unmittelbarem ursächlichem Zusammenhange mit den Ovarien steht« und dass »sie in der großen Mehrzahl der Fälle der äußere Ausdruck für den erfolgten Eiaustritt ist«. Verf. erörtert ferner die für die Konception wichtigen Fragen, vor Allem die nach dem Zeitpunkt und dem Ort der Konception, und die Frage, von welcher Menstruation das befruchtete Ei stammt.

Nach Erledigung dieser Vorfragen tritt Verf. an die geburtshilfliche Statistik heran. Dieselbe umfasst 1220 Fälle mit Angabe des Termins der letzten Menstruation, 628 mit Angabe des Konceptionstermins und 471 mit Angabe beider Termine. Es zeigte sich, dass die Wahrscheinlichkeitsberechnungen der letzten Menstruation und der Konception als Anfangsglieder einer Schwangerschaftsberechnung sich etwa gleich verhalten, dass aber die letzte Menstruation zur Berechnung am geeignetsten ist, weil diese sich am leichtesten genau bestimmen lässt. Die Befruchtungsmöglichkeit während der ersten 14 Tage nach der Menstruation verhält sich zu der in der späteren Zeit wie 2,68 : 1.

Ein Drittel aller Befruchtungen fällt auf den 8. bis 12. Tag, vom Beginn der letzten Menstruation gerechnet. Bei Konception in der ersten Hälfte der intermenstruellen Zeit ist die Schwangerschaft von kürzerer Dauer als bei solcher in der zweiten Hälfte. »Das Verhältnis, in welchem die Befruchtung des Eies der letzten Menstruation zu derjenigen der ersten ausbleibenden stattfindet, stellt sich wie 3,67 : 1.« Der Eintritt der Geburt »stellt sich als Reaktionserscheinung nach einer gewissen Summe innerer oder äußerer Reize hin, deren zeitliches Eintreten je nach dem Grade der Reizbarkeit des Organes oder der Stärke der Reize ein verschiedenes sein kann«. Die Geburten von Knaben erfolgen stets früher als die von Mädchen, im Mittel um 1,5 Tage. Die Normaldauer der Schwangerschaft (normal entwickelte Frucht vorausgesetzt) beträgt im Durchschnitt 280,1 Tage. Als äußerste Grenzwerthe der Normaldauer sind maximal 304, minimal 260 Tage. Die Durchschnittsdauer beträgt nach dem Menstruationstermine 278,5 Tage, nach dem Konceptionstermine

268,2 Tage. Zur Berechnungsmethode der Zeitdauer der Schwangerschaft ist der objektive Befund an der Schwangeren in erster Linie zu verwerthen, d. h. vor Allem die Uterushöhe und der Leibesumfang.

Pfannenstiel (Breslau).

---

2) von Szabó. Zur Frage der Selbstinfektion.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVI. Hft. 1.)

Verf. wendet sich gegen die Lehre von der Selbstinfektion. Er zeigt an dem großen statistischen Material aus der Budapester I. geburtshilflich gynäkologischen Klinik von v. Kézmárszky, dass man auch ohne prophylaktische Scheidenspülungen gute Resultate im Wochenbett haben kann, dass also die guten Resultate anderer Kliniken und Gebäranstalten, in welchen prophylaktische Spülungen principiell vorgenommen werden, wohl weniger diesen Ausspülungen zuzuschreiben sind, als der dabei stattfindenden strengeren Überwachung der Reinigung der äußeren Geschlechtstheile, so wie der guten Handhabung der subjektiven Antisepsis.

I. Die fieberlosen Wochenbetten haben sich im Laufe von 14 Jahren lediglich durch größere Sorgfalt in der Vermeidung der Infektion von außen um 25% vermehrt. Noch immer waren jedoch 16—17% Wochenbetten mit ein- oder mehrmaliger Temperatursteigerung von über 38,2° zu beobachten. Auch diese sind nach Verf. der Infektion von außen zuzuschreiben. Es kommen hier in Betracht die Fehler in der Antisepsis seitens der Studirenden, welche in Kliniken thätig sind, so wie jene Fälle, welche in Gebärhäuser gelangen, nachdem sie außerhalb mit mangelhafter Antisepsis von Hebammen oder Ärzten untersucht worden sind. Von letzteren Fällen fieberte die Hälfte. Verf. zeigt, wie die Erkrankungen schwanken je nach den untersuchenden Personen, je nach der Anzahl derselben, so wie nach ihrer Schulung. Die Studirenden sind nachweisbar viel häufiger die Träger der Infektion als die Hebammen. Das gruppenweise Auftreten der Erkrankungen im Wochenbette führt v. S. darauf zurück, dass den Erkrankungen eine gemeinsame Ursache zu Grunde liegt, welche wiederum außerhalb des erkrankten Körpers liegt. Verf. erläutert ferner die Schwankungen der Krankheitsfälle je nach der Zahl der Geburten, welche auf 24 Stunden entfallen, und zeigt, dass günstige Verhältnisse im Wochenbette erst eintraten seit Einführung des Sublimats als Desinficiens. Mit Sublimatantisepsis wurden von 1884—1889 im Ganzen 5075 Geburten beobachtet, auf welche 81—85% afebrile Wochenbetten und 0,21% Todesfälle an septischer Infektion kommen, und auch innerhalb dieses Zeitraumes haben sich die Wochenbettsverhältnisse allmählich bedeutend gebessert.

II. Bei der gesonderten Betrachtung der Wochenbetten mit erhöhten Temperaturen findet Verf., dass die häufigste Ursache derselben in Wunden der äußeren Genitalien liegt, in welche während des Wochenbettes Mikroorganismen gelangen, sei es durch Kontakt-

oder durch Luftinfektion. In zweiter Linie kommt das Zurückbleiben von organischen Stoffen im Uterus in Betracht. Ob hier die ubiquistischen Keime oder vielmehr specifische Wundinfektionskeime die Hauptrolle spielen, ist nach Verf. noch festzustellen. In der erhöhten Temperatur am 1. Tage sieht Verf. nicht den Ausdruck einer gesteigerten physiologischen Thätigkeit während der Geburt, sondern den einer beginnenden Erkrankung.

III. Die Geburten ohne innere Untersuchung theilt v. S. ein in 1) »Geburten auf der Gasse«, 2) die überstürzten Geburten und 3) die Geburten der Abstinenzzeiten. Die ersten beiden Gruppen zeigen 75% afebrile Wochenbetten. Bei den Gassengeburten fand Verf. doppelt so viele und schwere Erkrankungen, als bei den in der Klinik verlaufenen präcipitirten Geburten, welchen Umstand er auf die ungünstigeren äußeren Verhältnisse bei den Gassengeburten zurückführt. Von den Geburten der Abstinenzzeiten, welche sich an Zeiten anschlossen, in denen sich septische Erkrankungen in der Klinik häuften, waren nur 63% afebril. Verf. zeigt, wie diese ungünstigen Verhältnisse zusammenhängen mit dem Vorhandensein eines Infektionsherdes in der Klinik, worunter er weniger schlechte hygienische Zustände, wie solche thatsächlich zeitweise vorhanden waren, versteht, als vielmehr die Aufspeicherung von Infektionsstoffen.

IV. Unter der Überschrift: »Abwehr der Selbstinfektion« bespricht Verf. die prophylaktischen Scheidenspülungen. Da die Virulenz der in der Scheide gefundenen Keime noch nicht erwiesen ist, so ist selbst theoretisch die Nützlichkeit der Scheidenausspülungen vor der ersten Untersuchung einer Kreißenden noch nicht ohne allen Zweifel ergründet. Aber sie ist auch praktisch noch nicht bewiesen. Denn ein Vergleich der verschiedenen Statistiken aus Kliniken, in denen prophylaktische Ausspülungen üblich sind bezw. principiell unterlassen werden, zeigt, dass zum Theil die Resultate ganz die gleichen sind. Die Differenzen beruhen nach Verf. in der Handhabung der subjektiven Antisepsis, so wie in einer Reihe von anderen Momenten, unter denen besonders die Größe der Klinik und die Zahl der Kreißenden, so wie der Studirenden in Betracht kommt. Verf. widerräth die Einführung der vorausgehenden Scheidenausspülungen in die Hebammenpraxis. Geradezu für gefährlich aber erklärt er die Bestrebungen, den Geburtskanal zu sterilisiren.

Pfannenstiel (Breslau).

Kasuistik.

3) **Negri** (Venedig). Bericht.

Venedig 1889. 70 S.

Vom 1. Januar 1887 bis zum 30. Juni 1889 gebaren auf der Klinik 622 Frauen. Zwillingsgeburten kamen 7 vor. Eklampsie wurde 12mal (1 Todesfall) beobachtet; Plac. praevia 9mal. Alle 9 Frauen wurden gesund entlassen, 6 Früchte wurden todt extrahirt.

Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft wurde 17mal ausgeführt

und zwar 4mal wegen Beckenenge (sämmtliche Frauen gesund entlassen, 2 Kinder blieben am Leben), 3mal wegen Albuminurie, 4mal wegen Eklampsie in der Schwangerschaft, 1mal wegen Anämie (im 5. Schwangerschaftsmonate in Folge von unstillbaren Metrorrhagien), 1mal wegen Lungen- und Larynxtuberkulose, 1mal wegen Verfall der Kräfte in Folge von unstillbarer Diarrhöe, 1mal wegen akuter Laryngitis, 2mal wegen Herzkrankheit. Von den 17 Früchten wurden 9 lebend geboren, 1 starb unmittelbar nach der Geburt, 3 waren nicht lebensfähig. Die Ausstoßung der Früchte erfolgte 10mal spontan, wurde 1mal durch die Zange, 2mal durch Manualextraktion beendigt. Von den Müttern wurden 10 geheilt, 2 blieben ungebessert, 1 starb.

Operationen: Reposition vorgefallener Gliedmaßen 2mal, Expression der Frucht 2, Manualextraktion 8, Wendung 13; Zange 45 (davon 4mal im Beckeneingange, 5 bei noch beweglichem Kopfe).

Das Puerperium war vollständig normal in 77,7% der Fälle; zufällige Erkrankungen kamen in 9,5% vor; sehr leichte Puerperalkrankheiten in 9,3%; schwere doch geheilte Puerperalkrankheiten in 3,2%; letale Puerperalerkrankungen in 0,3%.

In einem Falle erfolgte der Tod durch Sublimatvergiftung nach Vaginalinjektionen von einer Lösung von 1 : 2000. **Liebman** (Triest).

4) A. Hergott (Nancy). Ein Fall von Retention des Fötus.

(Ann. de gynécol. 1889. December.)

Im Verlaufe der 2. Schwangerschaft bei einer 34jährigen Frau entstanden Urin- und Stuhlbeschwerden, Erbrechen, die allmählich nachließen. Im 6. Monat der Schwangerschaft fühlte Pat. zuerst Kindesbewegungen; ungefähr von derselben Zeit an wurde das Allgemeinbefinden schlechter, der Leib wurde aufgetrieben und sehr empfindlich, häufiges Erbrechen trat ein und der Appetit schwand gänzlich. Mittlerweile wurden die Kindesbewegungen seltener und hörten im 8. Monat ganz auf.

Bei dem kurz darauf erfolgten Eintritt in die Klinik war Pat. so schwach, dass sie beständig zu Bette liegen musste. Abendtemperatur 38,6, Puls 128, klein. H. fand bei der ersten Untersuchung einen großen Tumor, in der Mittellinie, bis zum Nabel reichend, überragt von 2 kleinen hühnereigroßen, Konsistenz fest. Rechts davon ein größerer Tumor, fast bis zum Rippenbogen reichend, in diesem Kindestheile fühlbar. Die Diagnose lautete: Schwangerschaft im Beginn des 9. Monats; Kind abgestorben; Fibrom, linksseitig von den unteren Partien des Uterus ausgehend, rasch gewachsen während der Schwangerschaft. Vergebliches Warten auf Beginn der Wehen. 14 Tage nach der Aufnahme Abfluss einer klaren, später röthlichen Flüssigkeit, so dass der Leibesumfang sich um 14 cm verminderte. Nur kurze Zeit besserte sich das Befinden, dann wurde es wieder schlechter, Temp. 39°, Erbrechen, Diarrhoe; Knistern auf der rechten Seite bei der Palpation. H., der mittlerweile an seiner ursprünglichen Diagnose irre geworden, dachte nun auch an Extra-uterin-Schwangerschaft.

Laparotomie wegen der bedrohlichen Symptome am Ende des 9. Monats. Beim Versuch, den Fruchthalter an die Bauchwand anzunähen, schnitt der Silberfaden durch und es drang eine eiterige, stinkende Masse heraus. Nun wurde weiter geöffnet und vorsichtig die ganze Flüssigkeit nach außen entleert und die dünne, 2—3 mm dicke Uteruswand — die erste Diagnose war die richtige gewesen — an die Bauchwunde angenäht. Reichliche Naphtholausspülung, Drainage. Der ganz macerirte Fötus wog 2400 g, Länge 43 cm. Am 13. Tage extrahirte H. ein Stück der Placenta, Fetzen kamen mit Spülungen zu Tage, der letzte Rest konnte erst am 24. Tage entfernt werden. Von diesem Tage erst erholte sich Pat., das Fieber wich und der Appetit hob sich. Vollständiger Schluss der Wunde 4 Wochen später. Auch weiterhin beobachtete H. ungestörtes Wohlbefinden.

Heyder (Leipzig).

5) Pinzani (Bologna). Brüchigkeit des Fötus.

(Bollett. delle Scienze med. di Bologna Serie VI. Bd. XXIII.)

Wegen Wehenschwäche wurde bei der gracil gebauten Erstgebärenden (Hydramnion, Frühgeburt im 8. Monate) die Zange angelegt; doch wurde mit der Zange der Kopf allein herausbefördert, denn der geringe Zug hatte genügt, um denselben vom Rumpfe zu trennen. Ein Versuch, die Wendung auf den linken Fuß zu bewerkstelligen, misslang, denn man brachte nur einen Theil der unteren Extremität (Bruch des Oberschenkels) zum Vorschein, eben so brach der rechte Oberschenkel, und die Extremität wurde abgerissen, als man sich anschickte an derselben zu ziehen, später auch der rechte Oberarm, endlich gelang die Extraktion am linken Arm, der Stand hielt. Die weibliche Frucht war der Schwangerschaftsperiode entsprechend entwickelt und frisch abgestorben. Der Rumpf bildete eine unförmliche Fleischmasse, war sehr anämisch. Schulter- und Hüftgelenke waren pseudoankylosirt wegen Retraktion ihrer Bänderapparate und der sie umgebenden Muskelgruppen. Überhaupt waren die Muskel am ganzen Körper durch ein fettreiches ödematöses Bindegewebe ersetzt, welches unmittelbar in das, eben so ödematöse, subkutane Bindegewebe überging. An der vorderen Bauchwand fehlte die Muskelschicht gänzlich, die Wand selbst schien nur aus der äußeren Bedeckung und dem Bauchfell zu bestehen. Am Hinterhaupte zwischen Cutis und Knochen befand sich eine apfelgroße multilokuläre Cyste mit serösem Inhalte. Auf der Oberfläche der Hirnhemisphären einige blutige Suffusionen. Pleura, Peritoneum, Herzbeutel enthielten viel Serum. Die Brust- und Bauchorgane boten keine besonderen Anomalien. Der Schädel war relativ groß, die Suturen und Fontanellen ziemlich breit; der Thorax von vorn nach hinten abgeplattet. Eine histologische Untersuchung der Knochen scheint nicht stattgefunden zu haben. Verf. glaubt, dass es sich um Rachitis congenita gehandelt habe. **Liebman** (Triest).

6) Guzzoni degli Ancarani (Pavia). Schädelfrakturen.

(Separatabdruck aus Morgagni 1889. November — December.)

Eine gesunde, im 8. Monate ihrer 9. Schwangerschaft sich befindende Frau fiel von einer Leiter 5 m hoch herunter, brach den linken Vorderarm und erlitt eine Quetschung am linken Oberschenkel. Am Unterleibe war keine Spur einer Kontusion sichtbar. Am darauffolgenden Tage wurde ein frisch abgestorbener 2200 g schwerer, 42 cm langer Knabe ausgestoßen, der einen Splitterbruch des rechten Scheitelbeins zeigte.

Verf. citirt eine große Zahl von intra-uterinen Frakturen aus der an diesem Gegenstande reichen Litteratur und theilt dann seine Experimente mit: Fötusleichen wurden in eine (gewöhnlich 3 Liter) Wasser enthaltende Ochsenblase gelegt, die Öffnung der Blase sodann sorgfältig verschlossen, die Blase in den Unterleib einer Leiche mit möglichster Nachahmung der Verhältnisse bei einer Hochschwangeren gebracht. Verf. schlug dann mit einem Stocke auf den Unterleib der Leiche. Diese Experimente wurden vielfach modificirt, indem bald reife, bald unreife Früchte zum Versuche dienten, die Blase verschieden stark gefüllt, die Ochsenblase in einigen Versuchen durch einen Magen, die Schläge mit dem Stocke durch Fallenlassen der Leiche ersetzt wurden. Verf. kam zum Schlusse, dass intra-uterine Frakturen durch Traumen, die auf die Mutter einwirken, leicht entstehen können; dass der Schädel viel eher und viel leichter als das übrige Skelett verletzt wird; dass solche Frakturen sowohl durch Schlag auf den Unterleib als durch Fall von einer gewissen Höhe hervorgerufen werden können; dass Frakturen auch bei unversehrtem Fruchtsacke geschehen können. **Liebman** (Triest).

7) Guzzoni degli Ancarani (Pavia). Tumor der Nabelschnur.

(Sep.-Abdr. aus Osservatore Gaz. med. di Torino 1889.)

Bei einem reifen Neugeborenen wurde ein Tumor, der am Nabelringe saß und die Form eines Magens hatte (längster Durchmesser desselben 8,5 cm), beobachtet und am 3. Tage nach der Geburt durch Drahtecraseur und Paquelin entfernt. Das Kind blieb gesund. Der Tumor zeigte eine centrale Höhle, die etwa

8 ccm eines gelblichen Serums enthielt. Die Cystenwand war von einer Membrana limitans bekleidet und von Wharton'scher Sulze umgeben. Verf. erklärt den Tumor durch Persistenz eines Theiles der Allantois entstanden.

Liebman (Triest).

8) Coen (Bologna). Adenom der Bartholini'schen Drüsen.

(Sep.-Abdr. aus Bullet. delle scienze med. di Bologna Serie VI. Vol. XXIV.)

Verf. untersuchte einen von Gulli aus der rechten großen Schamlippe eines 16jährigen Mädchens exstirpirten Tumor.

Die gänseeigroße Geschwulst enthielt eine centrale und eine laterale haselnussgroße Cyste mit schleimigem Inhalte.

Im Grundgewebe des Tumors waren kleinere und größere fleischfarbige Knoten eingestreut. Letztere zeigten einen deutlichen acinösen Bau mit cylinderepithelialer Bekleidung; die Cystenwand war von niederem Cylinderepithel bekleidet; sie bestand aus dichtem Bindegewebe, das an einigen Stellen papillenartige Bildungen in das Cysteninnere vortrieb.

An einzelnen Partien des Tumors wurden angiomatöses Gewebe so wie Wucherungen von glattem Muskelgewebe beobachtet.

Verf. hält die Neubildung für ein Adenom der Bartholini'schen Drüse mit aus dem Ausführungsgange dieser entstandener Retentionscyste und erklärt seinen Fall als ein Unicum in der Litteratur[1].

Doch bleibt freilich die Größe des von C. beschriebenen Tumors bemerkenswerth.

Liebman (Triest).

9) Negri (Venedig). Asa foetida gegen habituellen Abortus.

(Rivista veneta di science med. 1889. September — November.)

Verf. hat in weiteren 3 Fällen[2] die schon von ihm und von Anderen (Laferla, Cazzani) gerühmte Wirkung der Asa foetida bestätigt gesehen.

Liebman (Triest).

10) Clarke. Der Aderlass bei der puerperalen Eklampsie.

(Med. news 1889. September 21. p. 331.)

In einem Vortrag vor der gynäkologischen Gesellschaft in Chikago vertheidigt C. die alte Behandlungsweise der puerperalen Eklampsie mittels des Aderlasses. Außer Anderen spricht sich auch Byford dafür aus, indem er sogar behauptet, dass er noch keine Kranke an der Krankheit sterben gesehen hatte, als er ausschließlich den Aderlass angewendet habe. Zugleich ist Chloral zu geben, welches dem Chloroform vorzuziehen ist.

Lühe (Demmin).

---

[1] Ref erlaubt sich zu bemerken, dass oben beschriebene Geschwulst lebhaft an die Fälle Recklinghausen's von Hypertrophie der Bartholini'schen Drüsen (Virchow's Archiv Bd. LXXXIV p. 425) erinnert; besonders an den 3. Fall Recklinghausen's: Beiderseits Hypertrophie des Drüsengewebes mit längs des Ausführungsganges Schleimretention und Dilatation der Drüsenkanäle nebst schleimiger Degeneration, fibröser Entzündung — rechts Unterbrechung des Ausführungsganges; mehrfache Cystenbildung.

[2] Vgl. Centralblatt für Gynäkologie 1887. No. 22.

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger und Bericht über die Verhandlungen der 8. Abtheilung des X. internat. Kongresses zu Berlin (Schluss).

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS'N

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 40. Sonnabend, den 4. Oktober. 1890.

Inhalt: I. **Sapeschko**, Plan eines aseptischen Operationssaales. — II. **Althen**, Schwangerschaft in beiden Uteris bei Duplicität der Genitalien. (Uterus septus duplex et vagina duplex.) (Original-Mittheilungen.)

1) **Pichevin**, Auskratzung des Uterus. — 2) **Reynier**, Endometritis. — 3) **Hadra**, Behandlung der Peritonitis. — 4) **Leopold**, Uterusruptur.

5) Gynäkologische Gesellschaft zu Hamburg. — 6) **Stratz**, Zehn Laparotomien. — 7) **Truzzi**, Extra-uterin-Schwangerschaft. — 8) **Stratz**, Abortus. — 9) **Guzzoni degli Ancarani**, Sechslinge. — 10) **Fuloschi**, Chorioncysten. — 11) **Bonnant**, Krebs in der Lunge. — 12) **Rendu**, Fibrom. — 13) **Bokström**, Ovariotomie. — 14) **v. Unge**, Hydrocele ligamenti rotundi.

I. Plan eines aseptischen Operationssaales.

(Vorläufige Mittheilung.)

Von

Dr. K. Sapeschko.

Seitdem es bewiesen, dass überhaupt die Luft und besonders die Luft der Krankenzimmer mit Mikroorganismen überfüllt ist, begannen die Chirurgen mit Lister an der Spitze nach Reinheit der Atmosphäre des Operationszimmers zu streben. Zur Erreichung dieses Zieles sind bereits viele Verfahren vorgeschlagen worden, welche sich hauptsächlich auf die chemische Wirkung antiseptischer Mittel gründen. Die unparteiische Kritik aber hat darauf hingewiesen, dass, so wirksam sich diese Verfahren in den Laboratorienkammern erweisen, dieselben in der Praxis in gleichem Maße unbequem erscheinen und das Ziel nicht. erreichen. Wenn es aber mit Hilfe dieser Verfahren schwierig ist die Luft zu reinigen, so ist es ganz unmöglich die Reinheit derselben während der Ausführung der Operation zu unterhalten. Indessen aber liegt namentlich nur darin der ganze Sinn unserer Bestrebungen.

Was für Meinungen die einzelnen Autoren hinsichtlich der Bedeutung der Reinheit der Atmosphäre des Operationszimmers auch

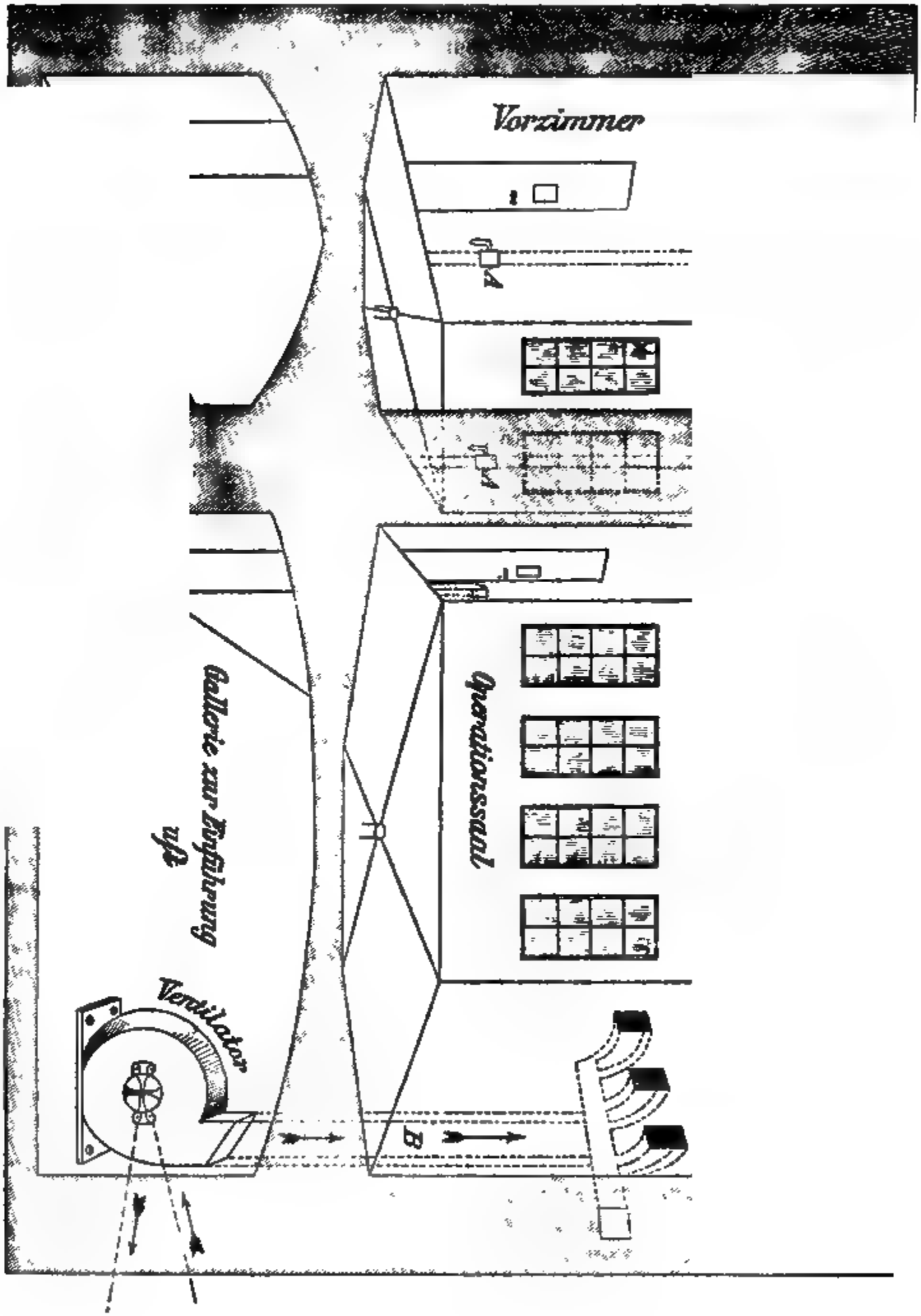
haben mögen, so bleibt das Faktum unbezweifelt, dass so lange wir mit einer frischen Wunde in solchen Gegenden, wie z. B. die Bauchhöhle nicht mit jener Umsichtigkeit umgehen werden, mit welcher der jetzige Bakteriolog arbeitet, so lange werden, ungeachtet der Reinheit der Hände und der Instrumente, doch immer septische Erkrankungen der Wunden vorkommen, welche sich nur durch Inficirung vermittels der Luft erklären lassen. Und daher, abgesehen davon, dass die vorgeschlagenen Verfahren dem Ziele nicht entsprechen, müssen wir uns dennoch bestreben, ein seiner Anwendung nach bequemes Verfahren aufzufinden, bei dessen Benutzung man die Reinheit der Luft während der Ausführung der Operation sichern könnte. Als ein solches Verfahren erkenne ich meinerseits dasjenige an, welches ich hier die Ehre haben werde vorzulegen.

In Erwägung der unzulänglichen Resultate der Wirkung chemischer Agentien, habe ich mein Augenmerk auf rein mechanische gerichtet. Als Ausgangspunkt diente mir das Faktum, dass Mikroorganismen und deren Sporen einen rein mechanischen Zusatz der Luft — den feinsten Staub ausmachen. Diese feinen, aber kompakten Theilchen müssen sich allen entsprechenden physischen Gesetzen unterwerfen, was auch viele wissenschaftliche Facta beweisen. So z. B. sind die Mikroorganismen der Luft vollkommen dem Gesetze der Schwerkraft unterworfen: bei ruhiger Luft lassen sie sich nieder. Aus dieser Ursache, was die Untersuchungen Miquel's deutlich beweisen, sind derer bei windstillem Wetter in der Atmosphäre bedeutend weniger vorhanden, und umgekehrt während des Windes wird die Luft verunreinigt. Ferner, nimmt in feuchter Atmosphäre das Gewicht organischer Stäubchen zu, sie lassen sich rascher nieder und daher ist bei feuchtem Wetter die Luft bedeutend reiner als bei trockenem. Wenn sich an die Feuchtigkeit der Luft auch andere günstige Bedingungen anschließen, z. B. der mechanische Einfluss fallender Regentropfen, so verkleinert sich die Anzahl der Bakterien noch mehr, fast um 20mal. Sind einmal diese Stäubchen in ein flüssiges Medium gerathen, so sind sie nicht mehr fähig mit den Ausdünstungen zugleich aus demselben fortzufliegen, sie können sich nur dann in die Luft erheben, wann die ganze Flüssigkeit verdunstet ist und die Mikroorganismen von Neuem trocken und leicht geworden sind. In Folge dessen ist die Meeresluft fast ganz frei von Bakterien, ungeachtet dessen, dass sich dieselben in einer bedeutenden Menge im Meerwasser vorfinden. Dadurch kann eben nur das bei dem ersten Anblick auffallende Faktum erklärt werden, dass in der Luft der Wasserleitungskanäle von Paris fast gar keine Mikroben sich vorfinden. Wenn man zu allen diesen Angaben noch ein allgemein bekanntes Faktum hinzufügt, das wir vermittels der Filtration die Luft von organischen und anorganischen Zusätzen, also folglich auch von Mikroorganismen vollständig reinigen können, so werden diese Bedingungen vollkommen hinreichend sein, um, bei zweckentsprechender Benutzung derselben, den Plan eines Operations-

zimmers zu entwerfen, in dessen Luft der Gehalt von Mikroorganismen bis zum gewünschten Minimum gebracht werden wird. Diese Facta benutzte ich auch zu meinem Plane, welchen ich in allgemeinem Umrisse so darstelle: wenn man dem Zweck gemäß in einem Zimmer eine gewisse Menge Wasser verstäubt, so gelingt es uns das ganze Zimmer, wie auch die dasselbe ausfüllende Luft rein zu waschen und ein vollständiges Niedersinken der Bakterien der Luft zu erreichen. Das ist eins. Die zweite schwierigere Aufgabe namentlich — die Reinheit der Luft während einer bestimmten Zeit zu unterhalten — kann vermittels eines starken Druckventilators und eines dicken Watteſiltrums erreicht werden. Ein jeder Theil dieses Systems muss auf eine gewisse Weise ausgeführt werden, worüber weiter unten die Rede sein wird.

Vermittels vieler Versuche habe ich mich überzeugt, dass wenn man den aus einer kleinen Mündung (2 mm Durchmesser) einer Wasserleitungsröhre kommenden Wasserstrahl unter dem rechten Winkel auf eine kleine etwas konkave in der Entfernung von 3 cm von der Mündung befestigte runde Scheibe (1 cm Durchmesser) richtet, so zerstäubt das Wasser beim Abprallen von der Oberfläche des Reflektors und bildet eine Sphäre von Wasserstaub über 4 m im Durchmesser.

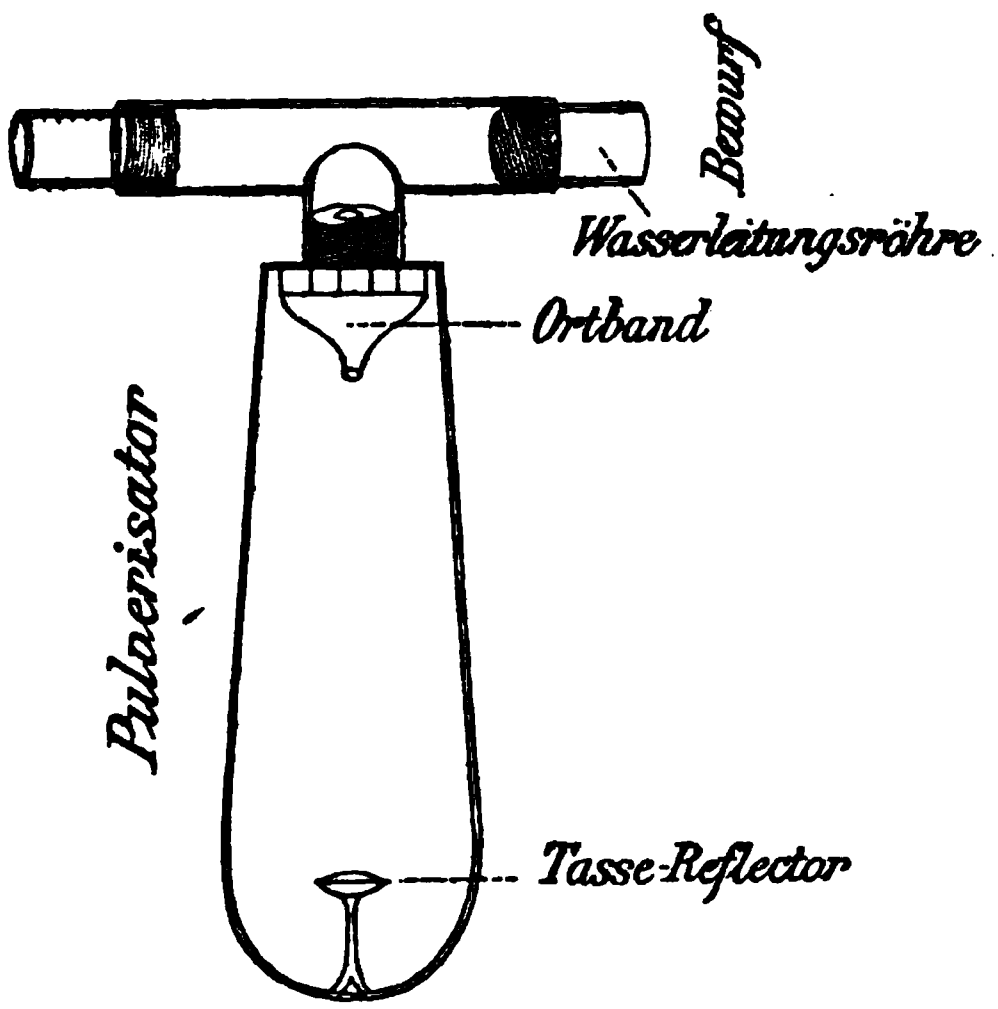
Die Anwendung dieses einfachen Pulverisators ist am besten zu unserem Zwecke so einzurichten, wie dieses von mir in der geburtshilflichen Klinik der Kiewschen Universität eingerichtet ist. Aus dem Korridor erhebt sich in das Operationszimmer eine dicke (2 cm) Wasserleitungsröhre von der 5 Zweigröhren $^3/_8$ cm Durchmesser) über die ganze Decke des Operationszimmers parallel hinlaufen. In diese Röhren sind die oben beschriebenen Pulverisatoren auf die Weise eingeschraubt, dass ein jeder derselben auf 4 qm der Decke berechnet ist; von den Wänden müssen die Pulverisatoren 1 m entfernt sein. Die sämmtliche Zweigröhren nährende Wasserleitungsröhre ist außerhalb des Operationszimmers mit einem Krahne versehen von $1^1/_2$—2 cm Durchmesser. Wenn man den Krahn öffnet, so wird das ganze Zimmer auf einmal mit Wasserstaub angefüllt — und während einer beliebigen Zeit werden Decke, Wände, Luft gewaschen und darauf fließt das Wasser vom abschüssigen Fußboden in die Wasserableitungsröhre. Es ist selbstverständlich, dass sowohl die Decke, Wände als auch die Diele mit guter Ölfarbe gestrichen sein müssen. Es ist sehr zweckmäßig, wenn die Decke konkav ist. Damit keine unbenetzten Oberflächen und Lufträume nachbleiben, müssen die Wände möglichst glatt und eben sein, gar keine rechtwinklige Vertiefungen haben, sogar Fenster- und Thürnischen müssen gemieden werden, es ist am besten, wenn Fenster und Thüren in eine Fläche mit der Wand gestellt sind oder es müssen wenigstens diese Vertiefungen von oben und von unten einen Winkel von nicht weniger als 150° haben, damit das längs der Wand abfließende Wasser und der von oben herabfallende Wasserstaub die Oberfläche der Fenster und Thüren, gleich wie auch die Luft dieser



Plan eines aseptischen Operationssaales von Dr. Sapeschko.
a, a Fenster. b Eintrittsthür. c, c Filtrirsäcke. d, d Wasserleitungsrohre.

Vertiefungen benetzen könnten. Das ist alles Wesentliche, was die Benetzung betrifft.

Es ist sehr bequem von dieser Benetzung Gebrauch zu machen: durch einfaches Wenden des Krahnes können wir mit einem Male das ganze Zimmer und die Luft rein waschen. Wir tödten die Bakterien nicht, nehmen ihnen aber die Freiheit — bringen sie auf die Diele und führen dieselben aus dem Operationszimmer hinaus. Der Grad der Verunreinigung der Luft und der Versuch müssen die Zeit bestimmen, welche zur vollständigen Reinigung der Atmosphäre eines gewissen Zimmers nöthig ist. Wenn eine $^1/_4$ Stunde nicht hinreichend ist, so können wir zur Benetzung eine $^1/_2$ Stunde anwenden, wir können dieselbe nach einer gewissen Zwischenzeit wiederholen etc. Es ist sehr wichtig, dass wir durch Wenden des Wasserleitungskrahnes eine sehr starke unbeschränkte Einwirkung auf die Reinheit der Atmosphäre ausüben können. In diesem einfachen Systeme sind noch viele Vervollkommnungen zulässig. Erstens, um das Zimmer nicht mit gewöhnlichem, sondern mit sterilisirtem Wasser abzuwaschen, brauchte man nur im Gange der Leitröhre einen vertikalen Kessel oder einen vertikalen Ofen anzubringen, worin das Wasser sterilisirt und darauf mittels der Kraft desselben Wasserleitungsdruckes in die Pulverisatoren gebracht werden könnte. In einen solchen Kessel kann in Ausnahmsfällen eine beliebige antiseptische Lösung eingebracht werden, wenn das Jemand wünschen sollte,



obgleich meiner Meinung nach, ein solches Verfahren als überflüssig erscheint. Nach Wunsch kann die Zahl der Pulverisatoren, der Umfang des Strahles u. A. vergrößert werden. Der Kostenaufwand bei Einrichtung dieses einfachen Benetzungssystems beträgt nicht mehr als 100—150 ℳ. Im Winter bei bedeutendem Fallen der Temperatur des Wassers, fällt im Moment der Benetzung die Temperatur der Luft und trägt in bedeutendem Grade zum Herabfallen mit dem Thau zugleich kompakter Zusätze aus der Luft bei. Diesen Umstand kann man mit großem Vortheil bei folgender Aufstellung des Experimentes benutzen.

Wenn wir eine $^1/_4$ Stunde vor Beginn der Benetzung eine Minute die Pulverisatoren zu dem Zwecke arbeiten lassen, um die Atmosphäre mit Dämpfen zu sättigen und dann, nach einer $^1/_4$ Stunde,

die Benetzung in Gang bringen, so fällt die Temperatur des Zimmers rasch bis zur Temperatur des Wassers in der Wasserleitung, und da die Menge der Dämpfe in der Luft gerade proportional der Temperatur der Luft ist, so ist es natürlich, dass beim Fallen der Temperatur eine entsprechende Menge Wasser der Luft in Form des Thaues herabfällt, welcher beim Niederfallen auch die Mikroorganismen mit fortzieht. Hierbei ist zu bemerken, dass je höher die vorhergegangene Temperatur gewesen und je niedriger deren Fallen, desto vortheilhafter ist das Resultat. Man muss nicht glauben, dass die Temperatur lange auf dem Punkte bleibt bis zu welchem sie gefallen, denn die Wände und die Decke des Zimmers bewahren ja die vorige Temperatur, und theilen folglich ihrem großen Flächeninhalt nach der Luft die vor der Benetzung gewesene Temperatur bald mit, was durch Facta wirklich bestätigt wird — es waren 3 Minuten hinreichend, damit die Temperatur von 16,5—21° stieg.

Das Zimmer ist gereinigt, die Luft darin ist ebenfalls rein, nun aber erscheint hier die wichtigste und schwierigste Frage: wie ist die Reinheit der Luft während der ganzen Dauer der Operation zu unterhalten? In Folge der natürlichen Ventilation, vermittels der Fenster- und Thürritzen, dann im Moment des Eintritts des ärztlichen Personals etc. wird das Operationszimmer unvermeidlich aufs Neue mit ungereinigter Luft angefüllt, und der ganze Effekt geht vollständig verloren. Hier kommt die Reihe an die Wirkung des zweiten Theiles dieses Systems, welcher die schwierige und wichtige Aufgabe — das Unterhalten der Reinheit der Luft übernimmt, — hier kommt die Wirkung des Druckventilators an die Reihe. Der Ventilator muss in einer zur Einführung der Luft ins Zimmer bestimmten Galerie angebracht sein. Am stärksten wirken die, welche zum Einblasen der Luft in Schmelzöfen bestimmt sind. Die eingepresste Luft muss isolirte Kanäle passiren, innerhalb deren 5—10 cm dicke Wattefilter angebracht sind. Der Ventilator kann durch eine beliebige Kraft in Gang gebracht werden: durch den Wasserleitungsdruck, mittels der Hände, am besten aber ist es, wenn eine Dampf- oder eine gemischte Beheizung vorhanden und überhaupt dort, wo Dampf bei der Hand ist, diesen zuverlässigen Motor anzuwenden. Wir brauchen einen möglichst starken Motor, da wir nur unter dieser Bedingung, ohne den Widerstand der dicken Filter zu berücksichtigen, in das Zimmer so viel Luft hineinbringen können, dass dieselbe mit einer gewissen Kraft suchen wird, durch alle vorhandenen Öffnungen in den umgebenden Raum hinauszuströmen, und, folglich, den Eintritt der äußeren Luft in das zu ventilirende Zimmer verhindern wird. Um nicht unnütz die Druckkraft zu verbrauchen und keinen zu raschen Strom der wechselnden Luft hervorzubringen, müssen die Ventilationsableitungskanäle so weit zugedeckt sein, dass die eingeblasene Luft durch Ritzen und durch andere zufällige Gänge hinausströmen könnte, wie z. B. beim Aufmachen der Thüren.

Um die Thüren und Fenster hermetisch zu schließen, empfehle

ich als gutes Mittel, zwischen die sich berührenden Oberflächen derselben gewöhnliche Guttapertscharöhrchen zu legen, wie solches auf der Abbildung (*T. r.*) angezeigt ist. Im Moment der Schließung der Thüre wird das Guttapertscharöhrchen zusammengepresst und man ist sicher, dass die Thüre hermetisch geschlossen ist.

Eine nothwendige Bedingung ist es, dass ein jeder Operationssaal ein Vorzimmer habe, wo verschiedene der Operation vorhergehende Vorbereitungen ausgeführt werden könnten: Händewaschen, Umkleiden etc. Dadurch wird unvermeidlich die Möglichkeit der Verunreinigung der Luft verringert, auch aus dem Grunde schon, dass der Operationssaal nicht unmittelbar an die verunreinigte Krankenzimmerluft stößt. Um die Reinheit der Luft und der Operationswunde noch mehr zu sichern, ist es wünschenswerth, dass der Operateur und die Assistenten leicht angefeuchtete Röcke anziehen und das Haar mit einer ebenfalls angefeuchteten Kopfbinde bedecken. Gegenwärtig ist in der geburtshilflichen Klinik der Kiewschen Universität, welche unter der Leitung des Herrn Prof. Rein steht, einstweilen nur ein Theil dieses Systems — die Benetzung — beendigt, dessenungeachtet aber haben die ausgeführten bakteriologischen Untersuchungen erwiesen, dass sich eine solche Benetzung im Kampfe mit unseren unsichtbaren, aber mächtigen Feinden in unseren Händen wirklich als eine starke Waffe erweist. Sogar in einer künstlich verunreinigten Atmosphäre, wo sich während einer $^1/_2$ Stunde auf eine Platte 256 Bakterienkolonien niederließen und entwickelten, konnte man nach der Benetzung, ungeachtet der vorhandenen Ritzen und des Mangels des beabsichtigten Ventilators und Filtrums, bei Untersuchung der Luft vermittels des Straus'schen Apparates, durch den 9 Liter Luft eingeführt waren, die vollständige Abwesenheit von Bakterien beweisen. Dasselbe erlangte man mit dem Apparate des Herrn Prof. Pawlowski, nachdem durch denselben 18 Liter Luft eingeführt waren. Eine von den weniger gelungenen Beobachtungen lieferte auf 6 Platten im Ganzen 3 Bakterienkolonien. Die Angaben haben nichts weniger als eine ermuthigende Bedeutung; einen vollständigen Rechenschaftsbericht aber über die Wirkung des von mir beabsichtigten Systems hoffe ich in kurzer Zeit vorzustellen, wenn die Einrichtung des Operationssaales des Herrn Prof. Rein vollkommen beendigt sein wird, dem ich meinen großen Dank ausspreche für seine liebenswürdige Bereitwilligkeit in seiner Klinik das oben beschriebene System anzuwenden, welches ich schon 3 Jahre erfolglos bemüht war zu realisiren.

II. Schwangerschaft in beiden Uteris bei Duplicität der Genitalien. (Uterus septus duplex et vagina duplex.)

Von Dr. **Althen**, Wiesbaden.

Bei der äußerst seltenen Beobachtung glaube ich die Mittheilung vorliegenden Falles den Herren Kollegen nicht vorenthalten zu dürfen:

Frau A. L., 31 Jahre alt, Ipara, menstruirte das erste Mal mit 14 Jahren; von da ab in regelmäßigen Zwischenräumen von $2^1/_2$ Wochen ziemlich reichlich 3 bis 4—6 Tage lang; das letzte Mal am 23. März 1890.

Am 2. August Vormittags gebar sie ohne angebbare Ursache eine männliche Frucht, die nach Aussage der anwesenden Hebamme K. ein Alter von ca. $4^1/_2$ Monaten hatte und fast noch $^1/_2$ Stunde lebte. Der Blutverlust während der Geburt des Kindes sowohl als auch in der ganzen Nachgeburtsperiode war ein äußerst minimaler. Als 3 Stunden p. p. die Nachgeburt noch nicht ausgestoßen wurde, gab zur Anregung der Wehenthätigkeit der behandelnde Arzt Secalepulver (zu 0,25 g, stündl. 1 Pulver), von denen im Ganzen 7 verabreicht wurden.

Der erwartete Erfolg, Ausstoßung der Placenta, war natürlich ein negativer; ein zweiter todter, nach Angabe der Hebamme mit dem erstgeborenen gleichalteriger Knabe wurde zwar am Abend des 3. August geboren, die Placenta blieb aber zurück.

Am 4. August Nachmittags wurde ich zugezogen, um die Nachgeburt zu entfernen. Die Pat. hatte einen fliegenden, kaum zählbaren Puls, eine Temperatur von 40,5° C., ständige, wehenartige Schmerzen (Tetanus uteri) und aus der Scheide wurde eine spärliche, graue, äußerst übelriechende Jauche abgesondert. Beim Touchiren unter der Decke fand ich folgenden Status: Orif. ext. steht in der Interspinallinie, nicht in der Mitte, sondern etwas nach rechts von derselben. Die rechte Spina inf. ist sehr leicht, die linke viel schwerer durch die Weichtheile durchzufühlen; der Muttermund ist geschlossen; aus ihm hängt nur (die beiden Nabelschnüre waren bereits am 4. August früh abgefallen) ein dünner Streifen von Eihäuten. Das rechte Vaginalgewölbe ist sehr tief, das linke kaum vorhanden. Als ich nochmals nachfühlte war der Befund genau der entgegengesetzte; außerdem hing noch ein kleines Placentarstück vor dem etwas eingerissenen, geschlossenen Muttermund. Mein Verdacht, dass es sich um Duplicität der Genitalien handele, wurde bei der Inspektion bestätigt. Direkt am hinteren Harnröhrensaume fing das Scheidenseptum, welches seltsamerweise weder Arzt noch Hebamme wahrgenommen hatten, an, das jedoch nicht, wie ich in 2 ähnlichen Fällen sah, an seinem freien Ende glattrandig, sondern gleichmäßig gezahnt war. Jede Scheide hatte einen ringförmigen Hymen, der sich ungefähr 2 mm hinter dem freien Septumsaum ansetzte, in der Mitte durchbrochen war und ebenfalls beiderseitig gleichmäßige Zahnung zeigte. Das Septum ist an keiner Stelle durchlöchert. Die Scheide ist von mittlerer Länge, die rechte Vagina aber etwas weiter als die linke.

Bei der bimanuellen Untersuchung findet man in der rechten und linken Seite je einen Uterus. Zwischen beiden kann man ungefähr bis zur Gegend des inneren Muttermundes hin die Bauchdecken eindrücken; an jedem Uterus kann man nach außen ein Ovarium nachweisen.

Nach vieler Mühe gelang es mir in der Narkose aus dem tetanisch kontrahirten rechten Uterus die faulende, äußerst übelriechende Nachgeburt am selben Tage noch vollkommen zu entfernen, was mir bei der im linken Uterus sitzenden erst am 6. August Nachmittags glückte, da sich trotz Jodoformgazetamponade der Cervicalkanal nur äußerst mangelhaft erweiterte, und ich es nicht wagte der bestehenden Infektion durch eine blutige Erweiterung vielleicht neue Eingangspforten zu machen. Am 6. August fand ich auch beim Touchiren der linken Scheide eine gerade für den Finger durchgängige Kommunikation beider Cervicalhöhlen von ungefähr —<-förmiger Gestalt, die mir ihrer zerfetzten Ränder wegen keineswegs eine präformirte, sondern erst in partu entstandene zu sein schien. Unter täglicher Ausspülung der Uterinhöhle, zuerst mit schwacher Creolin-, darauf mit 0,2%iger Salicylsäurelösung war am 8. August die Temperatur auf 38,0° C. gesunken, um dann ganz allmählich bis zum 15. August hin auf die Norm zurückzugehen. Die in den ersten 14 Tagen bestehende starke Empfindlichkeit des linken Parametriums ist heute ziemlich geschwunden, jedoch ist das Schwächegefühl der Puerpera noch ein ziemlich bedeutendes, so dass ein Aufenthalt außerhalb des Bettes noch nicht möglich ist.

Die beiden Scheiden wurden jedenfalls zum Coitus benutzt, obgleich die rechte etwas enger als die linke war, und fand nach meiner Meinung die Schwängerung des rechten Uterus auch von der zugehörigen Scheide her statt und nicht von der Öffnung in der Trennungswand der beiden Cervices, welche, wie schon vorn bemerkt, wohl erst während der Geburt entstanden ist.

Sehr leid that es mir, dass bei meinem Erscheinen bereits beide Früchte nach dem Friedhofe verbracht waren, wodurch es mir unmöglich gemacht wurde zu entscheiden, ob nicht doch etwa ein kleiner Altersunterschied zwischen denselben bestand, dass also die eine Frucht von einer späteren Ovulation herrührte als die andere; wenigstens scheint mir aus der Angabe der Puerpera, dass sie fast regelmäßig abwechselnd das eine Mal 3—4 Tage, das andere Mal bis 6 Tage die Menses hatte, hervorzugehen, dass beide Uteri zu verschiedenen Zeiten menstruirten.

---

1) **R. Pichevin** (Paris). Auskratzung des Uterus.

(Gaz. des hôpitaux 1889. No. 41. p. 373.)

Eine erschöpfende Darstellung der Geschichte, Technik, Indikationen und Ausgänge dieser Operation, welche, von Frankreich ausgegangen, bis jetzt noch kein Bügerrecht in ihrer Heimat genießt. Wir notiren, dass P. nach jeder Auskratzung die Ausbürstung (Ecouvillonnage) der Uterushöhle mit einem in Kreosotglycerin getränkten Borstenwischer nach dem Vorgange von Doléris empfiehlt. Verf. weist nach, dass die Furcht der französischen Gynäkologen vor Uterusperforationen eine übertriebene ist. **Sack** (Langensteinbach).

---

2) **P. Reynier** (Paris). Über Behandlung der Endometritis.

(Gaz. des hôpitaux 1890. No. 39. p. 359.)

Ein Beitrag zur kürzlich in Frankreich neu entbrannten Polemik für und gegen die Curette bei Endometritis. R., der nach wenig ermuthigenden Erfolgen mit dem scharfen Löffel, Kauterisationen mit koncentrirtem Chlorzink versuchte, kehrt wieder zu Auskratzungen zurück, denen er aber jetzt Ätzungen mit nur 5—10%iger Chlorzinklösung resp. Kreosot oder 10%iger Karbolsäure anschließt, ohne welche die Gefahr der Recidive zu groß ist. Koncentrirte Chlorzinklösungen dagegen richten großen Schaden an, indem sie Atresien des Cervix veranlassen. **Sack** (Langensteinbach).

---

3) **B. E. Hadra** (Galveston, Texas). Offene Behandlung der Bauchhöhle.

(Gaillard's med. journ. 1889. December.)

H. bespricht zunächst die Ursache der Gefahren der diffusen septischen Peritonitis und kommt dann auf die Indikationen ihrer Behandlung. Dieselben sind folgende:

1) Die schädlichen Stoffe, Keime, Fäkalmassen, Urin etc. fortzuschaffen.

2) Die Neubildung und das Eindringen jener zu verhindern.

3) Den Darm an seiner Bewegung, welche die schädlichen Stoffe rasch weiter befördert, zu hindern.

4) Die Wirkung des Druckes und der Aspiration aufzuheben.

5) Die gegenseitige Infektion von Darm und Bauchfell zu beschränken.

6) Den Druck zu vermindern, um Paralyse der Gewebe zu vermeiden.

7) Respiration, Defäkation und Urinentleerung frei zu machen, wenn sich Tympanitis entwickelt hat.

Die heute üblichen Methoden, den Indikationen gerecht zu werden, sind entschieden unzureichend. Die Eröffnung der Bauchhöhle und Auswaschen derselben mit oder ohne Einlegen eines Drain genügt nicht, eben so wenig Aufsaugen der sich bildenden Flüssigkeit durch hydrophile Stoffe oder die permanente Irrigation. Wie schwer ist es, selbst bei einfachem Bauchschnitt Blutgerinnsel zu entfernen. Es ist daher nothwendig, auf neue Verfahrungsweisen zu sinnen; Verf. schlägt die offene Behandlung vor, darunter versteht er das Offenbleiben der Bauchhöhle, so lange bis die Gefahr beseitigt ist. Was von Netz und Darm keinen Raum in der Bauchhöhle findet, soll außerhalb derselben liegen bleiben. Die Einwände, welche man gegen den Vorschlag machen könnte, sind nach dem Verf. größtentheils hinfällig. Die Gefahr der Berührung mit der äußeren Luft ist gering, eben so jene der Herabsetzung der Temperatur, diejenige der Shocks jedenfalls übertrieben und großentheils auf andere Ursachen als die der längeren Berührung mit athmosphärischer Luft zurückzuführen. Die Frage des Verbandes ist gelöst, da wir im Guttapertscha einen Stoff besitzen, der allen Anforderungen genügt. Verwachsungen des Netzes und Darmes erfolgen nur unter dem Einflusse der Entzündungserreger, deren Wirkung durch das Verfahren gerade möglichst beseitigt werden soll, daher sind diese nicht zu fürchten. Die spätere Verschließung der Bauchhöhle wird keine Schwierigkeiten bereiten.

H. hat sein Verfahren am Menschen noch nicht erprobt, nur an zwei Thieren, einem Hund und Kaninchen, denen er einfach unter antiseptischen Kautelen die Bauchhöhle aufschnitt, den prolabirten Darm von Faustgröße mit Gummigewebe, das er rings an die Haut annähte, bedeckte und darüber einen Watteverband legte. Die Heilung verlief ohne jeden Zwischenfall, die Thiere zeigten kaum irgend welche Störung. Am 5. Tage fand sich noch ein großer Bruch, jedoch fast ganz von Bauchfell bedeckt, das sich 2 Tage später zusammenschloss, die Haut kroch langsam dem Bauchfell nach. 10 Wochen nach der Operation fand sich nur noch eine Diastase der Recti, etwa einen halben Zoll weit. Bei der Sektion fanden sich außer unbedeutenden Adhäsionen weiter keine Abnormitäten vor.

H. schlägt demgemäß vor, in geeigneten Fällen folgendermaßen zu verfahren: Öffnung der Bauchhöhle durch einen Schnitt in der Linea alba, auf- und abwärts des Nabels in einer Ausdehnung von 4—6 Zoll, Herauslegen des Darmes, Abspülen desselben, so wie der ganzen Bauchhöhle durch große Mengen aseptisch gemachten Wassers, Entfernen desselben durch Herumlegen des Kranken und Austupfen

mit Watte- oder Gazebäuschen, Einbringen von großen Mengen Jodoformgaze in die Lumbargegenden, vielleicht auch in den Douglas. Bedeckung des prolabirten Darmes mittels eines hinreichend großen Stückes von Guttapertschaleinwand, welches an die Haut mittels Kollodium oder Tramaticin befestigt wird. An den niedrigsten Stellen werden zwischen Haut und Gewebe Bäusche von Jodoformgaze gebracht, um die secernirte Flüssigkeit aufzusaugen. Der ganze Verband wird mit einer leichten Flanelllage bedeckt. Die Jodoformtampons werden, so oft sie durchtränkt sind, erneuert.

Sobald die Gefahr beseitigt ist und der Darm anfängt, sich in die Bauchhöhle zurückzuziehen, werden von oben und unten her die Ränder der Bauchwunde allmählich mit Suturen vereinigt.

Falls es sich um präventive Behandlung handelt, also noch keine septische Infektionen besteht, wird natürlich die Asepsis eine viel strengere sein müssen. **Engelmann** (Kreuznach).

---

4) **Leopold.** Zur Behandlung der Uterusruptur.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

L. unterzieht die verschiedenen in neuerer Zeit veröffentlichten Anschauungen der Geburtshelfer über die Behandlung der Uterusruptur einer eingehenden Kritik und fügt zu den 4 eigenen Beobachtungen, welche er bereits vor 2 Jahren auf dem Kongress mitgetheilt, 3 neue hinzu. Er bespricht die Fehler, welche in der Behandlung gemacht worden sind, und kommt zu der Überzeugung, dass auf die Blutung in Folge der Ruptur, besonders die nach innen erfolgende, noch lange nicht genug Werth gelegt wird. Die Entwicklung des Kindes solle man auf die für die Mutter schonendste Weise vornehmen, d. h. die Rissstellen durch die Entbindung möglichst nicht erweitern. Desswegen soll die Entbindung auf natürlichem Wege nur dann geschehen, wenn der vorangehende Kindestheil in das kleine Becken eingetreten ist. Zerkleinernde Operationen (Perforation, Embryotomie) sind der Zange oder Wendung vorzuziehen. Ist aber das Kind ganz in die Bauchhöhle geboren, so mache man die Laparotomie. Die Behandlung des Uterusrisses richte sich in erster Linie nach dem Grade der Blutung. Ist dieselbe nach außen und innen sicher gering, so vereinige man die Wundränder, indem man den Uteruskörper mittels einer Zange herabzieht und Jodoformgaze bis in den Fundus, so wie dicht hinter die Rissstelle einlegt und von den Bauchdecken aus durch einen kräftigen Druckverband eine forcirte Anteflexion des Uterus bewirkt. Ist aber die Blutung von der Scheide aus nicht zu beherrschen, oder bestehen Zeichen einer inneren Blutung, so empfiehlt L. dringend die Laparotomie, um die blutenden Stellen aufzusuchen und zu umstechen, ev. den Riss zu glätten und zu nähen, und vor Allem um die so häufige Blutunterwühlung des Bauchfells durch einen Gazestreifen zu komprimiren, dessen Ende zum unteren Bauchwundwinkel herauszuleiten

ist, während gleichzeitig auch die innere Uterus- und Scheidentamponade vorzunehmen ist. Blutet es trotzdem weiter oder sieht der Uterus bedenklich entzündet aus oder ist die Entfernung des Uterus das kürzeste und sicherste Verfahren, dann sei die Porro'sche Operation am Platze. Die Laparotomie ist nach L. auch dann noch vorzunehmen, wenn die Frau auf natürlichem Wege entbunden und tamponirt, noch nach Tagen weiter blutet und die Blutstillung von der Scheide aus unmöglich ist. **Pfannenstiel** (Breslau).

Kasuistik.

5) Gynäkologische Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 10. December 1889.

Vorsitzender: Herr Hotte, Schriftführer: Herr Mennig.

Herr Schütz demonstrirt einen Fall von angeborener Pulmonalstenose bei einem 14jährigen Mädchen. Dasselbe war im Juni 1889 in das Neue Allgemeine Krankenhaus zu Eppendorf wegen Dyspnoe aufgenommen worden und starb Anfangs December, nachdem in den letzten Wochen, zu hochgradigen Cirkulationsstörungen, unstillbare Hämoptoe hinzugetreten war. Sie stammte von gesunden Eltern, litt seit ihrer Geburt an einer röthlichen bis bläulichen Färbung des Gesichtes, hatte nie eine schwere Krankheit durchgemacht. Klinische Diagnose: »Pulmonalstenose, offenes Foramen ovale. Bei der Autopsie zeigte sich das Ostium der Pulmonalis kaum für einen Strohhalm durchgängig, zwei Aortenklappen verschmolzen, das Foramen ovale geschlossen, die Kammerscheidewand fehlte fast ganz, rechte Ventrikelwand eben so dick wie die linke. S. hält die Endocarditis für das Primäre, dieselbe hat vor der 12. Schwangerschaftswoche zur Stenose der Pulmonalis geführt, in Folge dessen ist es gar nicht zur Bildung einer Kammerscheidewand gekommen.«

Herr Fränkel betrachtet das Wesentliche des Falles nicht als Folgezustand einer Endocarditis, sondern als eine angeborene Abnormität. In Folge einer Entwicklungshemmung bleibt die Kammerscheidewand offen. Die Endocarditis ist postfötal entstanden.

Herr Schütz: Findet man die Kammerscheidewand offen, so hat die Endocarditis vor dem 3. Monat stattgefunden.

Herr Fränkel: Rokitansky führt den sekundären Durchbruch der Kammerscheidewand auch auf entwicklungsgeschichtliche Anomalien zurück.

Nach einer weiteren Demonstration des Herrn Kiderlen hält Herr Predöhl seinen angekündigten Vortrag zur »Ätiologie der Peritonitis«, derselbe ist in der Münchener med. Wochenschrift 1890, No. 2 veröffentlicht worden.

Ferner hält noch Herr Fränkel seinen Vortrag über das nämliche Thema. Der Vortrag wird anderwärtig veröffentlicht.

Diskussion: Herr Kümmell fragt, ob die nach Einführung von Tct. jodi und Liq. ferri entstandene Peritonitis direkte Folge des chemischen Reizes sei, oder bedingt durch Gangrän des Darmes.

Herr Fränkel glaubt, dass die Reizung der Darmwand einen Durchtritt der Bakterien aus dem Inneren des Darmes in den Peritonealraum ermögliche.

Herr Kümmell fragt, ob die Herren idiopathische Peritonitis gesehen.

Herr Fränkel glaubt nicht daran. Wenn ein gesundes Peritoneum vorhanden und auch der übrige Körper gesund, kann keine Peritonitis entstehen. Ist aber irgendwo im Körper ein Eiterherd vorhanden, und findet dann z. B. auf operativem Wege Reizung des Peritoneum statt, so kann Peritonitis entstehen. Er erwähnt die Versuche von Orth (komplicirte Frakturen mit Eiterung bei Thieren, Eröffnen des Peritoneum, Peritonitis) und von Grawitz (Peritonitis bei Angina).

Herr Fränkel fragt Herrn Kümmell, wie derselbe sich zur operativen Behandlung der Peritonitis stelle.

Herr Kümmell: Die operative Behandlung sei bisher am erfolgreichsten ausgeführt, wenn es sich um abgekapselte Exsudate gehandelt habe. In einem Falle hat er, freilich ohne Erfolg, an mehreren Stellen Incisionen gemacht. Die Perforationsperitonitis hat K. mehrere Male operirt, einmal mit Glück. Die Kranken sterben meist am Shock.

Herr Aly fragt, ob Beobachtungen vorliegen, denen zufolge nach einem einfachen Trauma der Bauchhöhle ohne Läsion des Darmes tödliche Peritonitis erfolgen könne. Er sah in einem Falle nach Überfahren solche eintreten, ohne dass eine Läsion des Darmes zu finden war.

Herr Fränkel: Der Darm könne kleine Risse erlitten haben, die zwar einen Austritt des Darminhaltes nicht zuließen, aber eine Resorption des Darminhaltes ermöglichten. Bei völlig intaktem Peritoneum sei Peritonitis unmöglich.

Herr Predöhl erwiedert Herren Kümmell und Aly, dass die Versuche von Grawitz (heiße Tücher auf den Bauch von Kaninchen, dann plötzlich kalte Zugluft) gegen die idiopathische Peritonitis sprächen.

Herr May fragt, ob rheumatische Peritonitis beobachtet sei.

Herr Fränkel: Ohne Infektion sei Peritonitis unmöglich. Entweder gelangen die Bacillen direkt in den Peritonealraum, oder es handelt sich am Peritoneum um ein Locus minoris resistentiae, an den Bacillen sich ansiedeln, die aus einem Entzündungsherde des Körpers auf irgend eine Weise dahin gelangen. Er stellt die P. rheumatica in Abrede.

Herr Voigt erzählt einen Fall von Peritonitis, der nach einmaliger Punktion heilte und als P. rheumat. aufgefasst werden musste.

Herr Fränkel hat nur von eitriger Peritonitis gesprochen.

Herr Schütz fragt Herrn Predöhl, wie er seine Einspritzungen in die Bauchhöhle gemacht und bezweifelt, dass der Reiz chemischer Substanzen allein Peritonitis hervorrufen könne. Um jede Läsion des Darmes zu vermeiden, müssten die Injektionen zwischen Leber und Zwerchfell gemacht werden. Man findet ferner manchmal Peritonitis bei blankem Peritoneum, und so schnell verlaufend, dass es zu keinem Exsudat kommt.

Herr Fränkel giebt das Letztere zu, während Herr Kümmell das mehr für Shock hält. Das peritonitische Exsudat entwickelt sich so rasch, dass man manchmal schon während der Operation Darmschlingen verkleben sieht.

Herr Fränkel nimmt an, dass sich Bakterien am Peritoneum nachweisen lassen, wo makroskopisch nichts Pathologisches zu sehen ist.

---

6) **C. H. Stratz** (Batavia). Erste Serie von zehn Laparotomien.

(Geneesk. Tijdschr. v. Nederlandsch. Indie. Bd. XXIX. Afl. 4.)

Sämmtliche Laparotomien, mit Ausnahme der ersten, wurden im Militär-Hospital zu Weltevreden gemacht, welches für alle anderen Operationen gemeinschaftlich gebraucht wird.

In Fall I handelte es sich um einen Tumor ovarii malignus. Ovariotomie. Heilung.

Fall II. Haematomena sinistra. Ovario-Salpingotomie. Heilung.

Fall III. Cystis vesicae felleae. Cholecystotomie. Heilung per primam.

Fall IV. Graviditas extra-uterina. Ektopotomie. Heilung mit Eiterung aus den Stichkanälen im unteren Wundwinkel. Bei bakterioskopischer Untersuchung des Eiters fand man in demselben den Streptococcus pyogenes albus und flavus, den Staphylococcus pyogenes aureus und den Bacillus pyocyaneus. Ein kleines Versehen gegen die Antisepsis erklärt dieses.

Der entfernte Tumor zeigt die stark verdickte Tube, deren Ampulle mit dem Lig. latum und Ovarium zur Bildung einer glatten Eihöhle verwendet waren, aus der ca. 2 cm lang ein Nabelstrang hervorhing; die Placenta war nicht deutlich am frischen Präparat von den übrigen Organen zu differenziren, der Fötus wurde nicht gefunden.

Fall V. Graviditas extra-uterina. Ektopotomie. Heilung p. p. int. Bei der tief intraligamentösen Lage des Tumors bot die Operation große technische Schwierigkeiten. Am Tage nach der Operation 41,8, dieser Fieberanfall dauerte nur 2 Stunden, wiederholte sich den nächstfolgenden Tag in geringerer Heftigkeit, so wie später noch einmal. Muthmaßlich handelte es sich um ein komplicirendes Intermittens. Am 10. Tage war die Wunde geheilt.

Fall VI. Tumor ovarii dextri. Myoma uteri, Myotomie. Heilung p. primam.

Fall VII. Graviditas extra-uterina. Mens. IV. Ektopotomie. Tod am 3. Tage an septischer Peritonitis.

Pat., aus Sala herstammend, hatte auf der Schiffsreise zwischen Samarang und Batavia eine fleischige Membran mit frischen und alten Blutcoagula ausgestoßen und kam im Zustand höchster Erschöpfung an. Laparotomie bei vorher gestellter Diagnose auf ektopische Schwangerschaft. Während der Operation kam es zu starken Blutungen, und war Pat. pulslos. Die Operation war eine recht schwierige. Es entwickelte sich eine septische Peritonitis, woran Pat. am 3. Tag erlag.

Fall VIII. Myoma uteri, Myotomie. Heilung per primam. Laparotomie. Nach doppelter Unterbindung der Lig. rotunda und Spermaticalgefäße, und Loslösung der Adhäsionen des Tumors mit dem Rectum, wird dieser nicht ohne Mühe aus dem kleinen Becken herausgewälzt. Hierauf gelang es, um die Basis des Lig. lat. und den Cervix ein elastisches Bougie herumzuführen; über demselben werden die Schnitte durch das Peritoneum von der Seite her vereinigt, und dann das Myom mit beiden Ovarien und den zu beiderseitigem Hydrosalpinx ausgedehnten Tuben abgetragen. Der Stumpf intraperitoneal versenkt. Reaktionsloser Verlauf. Am 10. Tage war die Wunde p. p. geheilt.

Fall IX. Pyosalpinx, Salpingotomie. Tod am 6. Tage an septischer Peritonitis. Während der Operation platzte der Tumor, und floss der gelbe rahmige Eiter in die Bauchhöhle. Bakteriologisch enthielt dieser Streptokokken und Staphylokokken in großer Menge, so dass sich die Prognose sehr schlecht stellen ließ, trotzdem das Fieber zunächst wegblieb und die Pat. sich wohl fühlte. Am 3. Tage entwickelte sich eine foudroyante septische Peritonitis, der die Pat. am 4. Tage erlag.

Bei S., der sich am Daumen verwundet hatte, entwickelte sich eine ziemlich heftige Lymphangoitis des Armes und der Achselhöhle.

Fall X. Tumor ovarii sinistri, Ovariotomie. Heilung p. p. int.

Ein doppelseitiger Ovarialtumor. Beim Versuch, den linksseitigen, weit in das Lig. latum auslaufenden Tumor emporzuheben, platzte derselbe und entleerte dünne, seröse Flüssigkeit in die Bauchhöhle. Der rechte Tumor erwies sich als ein allseitig verwachsenes, parametritisches Exsudat, in dessen Inneren man von hinten her in einer spaltförmigen Höhle das normal große nicht veränderte Ovarium fühlen konnte. Von weiteren Eingriffen wurde desshalb abgesehen. Der Verlauf war reaktionslos. **A. Mijnlieff** (Breukelen).

7) Truzzi (Mailand). Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Sep.-Abdruck aus Gazz. med. lomb. 1889.)

Die 34jährige Frau hatte Mitte Oktober 1887 die letzten Regeln gehabt, während der ganzen (4.) Schwangerschaft litt dieselbe viel an Blutungen und an Schmerzen. Am 12. Juli 1888 begannen die Wehen; doch blieben dieselben erfolglos, die Kindesbewegungen hörten bald auf. Am 2. August wurde Verf. konsultirt. Er fand, dass der Uterus die Größe eines im 3. Monate schwangeren hatte; rechts von demselben in der Bauchhöhle lag die abgestorbene Frucht. Unter dem Gebrauche von Eisumschlägen und Opium erholte sich die Frau so weit, dass sie am 10. August von Chiavenna nach Mailand überbracht werden konnte, wo sich Verf. am 18. August wegen Fieber, Erbrechen, Verfall der Kräfte etc. zur Laparotomie entschloss. Nach Bloßlegung des dem Omentum stark adhärirenden Fruchtsackes wurden durch den Aspirateur von Potain ca. 80 g Fruchtwasser entleert, um nach Möglichkeit dem Eindringen desselben in den Peritonealsack vorzubeugen; dann erst wurde der Sack eröffnet und die stark macerirte weibliche Frucht (2935 g,

51 cm) ohne Schwierigkeit entfernt. Die Placenta saß am oberen Pole des Sackes. Nach Unterbindung eines Stückes des Omentum, wurde der Sack möglichst frei gemacht und ein großes Stück desselben, so wie der Placenta (ungefähr die Hälfte) abgetragen. Anheftung des Sackes an die Bauchwunde, Ausstopfung der Höhle mit Jodoformgaze. Die Ausstoßung des zurückgebliebenen Placentarstückes und die Vereiterung des Sackes erfolgten unter mäßigem Fieber. Ziemlich rasche Heilung. **Liebman** (Triest).

8) **C. H. Stratz.** Die Therapie des Abortus. (Vortrag, gehalten im Verein zur Beförderung med. Wissensch. in Niederländisch Indien.)

(Geneesk. Tijdschr. voor Nederlandsch Indie Bd. XXIX. Hft. 5 u. 6.)

Unter Abortus versteht S. jede vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft bei nicht lebensfähigem Kinde.

Für die Therapie unterscheidet Verf. 3 Stadien, a) die Prophylaxis, b) die Behandlung des Abortus, und c) die Behandlung der Folgezustände.

In Betreff a lenkt S. besonders die Aufmerksamkeit auf die Syphilis und die Endometritis als die häufigsten Ursachen, eben wie auf die Nierenkrankheiten, Dyskrasien, Traumata etc. Bettruhe und Narkotica können zur Aufhaltung bisweilen dienen. Jedoch warnt er, nicht allzu lange mit solchen Vorsichtsmaßregeln fortzufahren, und wenn es Zeichen giebt, dass der Abort sich nicht vermeiden lässt, die Pat. nicht ohne Noth zu ermüden oder zu schwächen.

Bei b entwickelt S. seine eigenen Ansichten, die er sich an mehr als 400 Fällen ausgebildet hat. Als allgemeine Regel gilt, dass man trachten muss die Pat. beim Überstehen des Abortes möglichst zu schonen; dass die Therapie desto aktiver sein muss, je größere Gefahren ihr drohen.

Anfangs also genaue Desinfektion und Tamponade der Vagina und wo möglich auch des Cervix, worauf öfters das Ei sich ausstößt und sich bimanuell, ohne also mit der Uterushöhle in Kontakt zu kommen, aus der Scheide entfernen lässt.

Zu aktivem Vorgehen greift er nur, wenn die Blutung bedenklich wird oder Fieber auftritt. S. verfährt bei der manuellen Entfernung des Eies nach der von Höning angegebenen Weise, eventuell mit Zuhilfenahme der Narkose, welche fast immer zum Ziel führt. Ausnahmsweise war er genöthigt, die Portio durch Kugelzange zu fixiren, und in nur 5 von den 486 Fällen war Instrumentalhilfe nöthig. In allen diesen Fällen war Sepsis eingetreten und von Anderen durch Secale eine tetanische Kontraktion des Uterus bewirkt worden, die das Eindringen des Fingers unmöglich machte. Mit dem scharfen Löffel, jedoch ohne die Portio einzuhaken, wurden die Abortreste entfernt.

Der von Anderen so stark empfohlenen Ausschabung des Uterus nach vollendeter Entfernung der Abortreste tritt S. entschieden entgegen, eben wie das von Nijhoff empfohlene Einstellen der Portio im Speculum, wodurch das Armamentarium und damit die Sicherheit der Antisepsis vermindert wird.

Sub c tritt S. in eine nähere Besprechung der Folgezustände, speciell über das Erkennen und die Behandlung der Endometritis.

A. Mijnlieff (Breukelen).

9) **Guzzoni degli Ancarani** (Pavia). Seçhslinge.

(Sep.-Abdr. aus Rassegna di scienze med. Modena 1889. 100 S.)

Vasalli aus Lugano berichtete im Jahre 1888 über eine Sechslingsgeburt: die 36jährige IIgeschwängerte, die im 4. Schwangerschaftsmonate einen so großen Unterleib wie sonst am Ende der Schwangerschaft zeigte, wurde von Wehen und Wasserabfluss überrascht, worauf sie im Verlauf von 7 Stunden 6 Früchte, die sich noch bewegten, ausstieß. Das Gesammtgewicht derselben betrug 1730 g, die stärkste wog 305, die schwächste 250 g; die Länge derselben variirte zwischen 22 und 26 cm. Die einzige Placenta war groß und zeigte 6 von einander getrennte Fruchtsäcke. Die Placenta musste gelöst werden, wurde stückweise extrahirt und nicht weiter aufbewahrt. Dagegen wurden die 6 Früchte (4 männliche, 2 weibliche) in Alkohol konservirt.

Verf., der nach Lugano reiste, um den Fall zu studiren (Anamnese, Untersuchung der älteren der Früchte, die er auch photographiren ließ, Auskunft vom Arzte und von anderen Personen etc.), bespricht den Gegenstand mit einer staunenswerthen Litteraturkenntnis und gelangt zum Schlusse, dass der betreffende Fall nicht ganz glaubwürdig ist. Seine Hauptbelege zur Motivirung dieser Behauptung sind: dass der Beweis durch Untersuchung der Placenta nicht erörtert werden konnte; dass Vasalli selbst nur 5 Früchte ausstoßen sah; dass die ganze Litteratur überhaupt keinen glaubwürdigen Fall von Sechslingsgeburt aufweist.

Liebman (Triest).

10) **Fuloschi** (Siena). **Chorioncysten.**

(Atti della accad. dei fisiocritici Siena. Bd. I. Serie 14. No. 8—9.)

Gegen Schröder behauptet Verf., dass die an der konkaven Fläche der Placenta vorkommenden Cysten selten sind, und beschreibt dann einen Fall. An der Fötalfläche einer reifen Placenta saßen 14 bohnen- bis nussgroße subchoriale Pseudocysten, die mit einer gelblichen eiweißhaltigen Flüssigkeit gefüllt waren; man fand noch in der Flüssigkeit viel Leukocyten und Blutfarbstoff; auf dem Boden des Hohlraumes Fibrindetritus theilweise fettig degenerirt. Das Placentargewebe war an einzelnen Stellen weißglänzend (sklerosirt). Es handelte sich, nach Verf., nicht um Cysten, sondern um eine bloße Abhebung des Chorion. Für den Verf. verdanken solche Säcke gewöhnlich subchorialen Blutungen ihre Entstehung.

Liebman (Triest).

11) **Bonnant** (Lyon). **Krebs im Becken und in der Lunge.**

(Lyon méd. 1889. Januar 27.)

Pat. 36 Jahre alt; linker unterer Lungenlappen völlig degenerirt; Krebs im rechten Ligamentum latum. Beschwerden hatten sich nur auf Behinderung der Athmung bezogen. Die mangelhafte Obduktion lässt ein Urtheil über Entstehung und Verlauf der Erkrankung nicht fällen. **Zeiss** (Erfurt).

12) **Rendu** (Lyon). **Fibrom mit Bluterguss im Inneren.**

(Lyon méd. 1889. September 15.)

Pat. 48 Jahre, Blutung, Jauchung, apfelsinengroßes Fibrom, bestehend aus einer mit blutiger Flüssigkeit gefüllten Höhle mit fingerdicker Wandung. Stiel 2frankstück dick. **Zeiss** (Erfurt).

13) **Bokström** (Jönköping, Schweden). **Große, beiderseitige Eierstockscyste, zum Theil krebsig entartet; Heilung.**

(Hygiea 1889. Bd. LI. No. 5. p. 276—77.)

Die Überschrift giebt den Inhalt. »Heilung« bedeutet nur: von der Operation geheilt. **Leopold Meyer** (Kopenhagen).

14) **H. v. Unge** (Norrköping, Schweden). **Hydrocele ligamenti rotundi.**

(Hygiea 1889. März. p. 270.)

Eine 55jährige Frau hatte seit 3 Jahren eine Anschwellung, die für eine rechtsseitige Leistenhernie angesehen wurde. Als dieselbe druckempfindlich wurde und den Gang erschwerte, operirte sie v. U. Unter der Haut präsentirte sich eine eigroße Cyste mit dicken, festen Wänden und einem klaren, hellgelben, flüssigen Inhalt. Am Grund der Höhle öffnete sich ein kleiner Kanal, der gerade durch die Bauchwand in die Bauchhöhle führte, und die so eben eine gewöhnliche Hohlsonde aufnahm. Die Wände dieses Kanals waren feste, ligamentöse. An der Einmündungsstelle des Kanals in die Cyste fand sich eine traubengroße, blaurothe, dünnwandige Cyste, die einen feinen Stiel hatte und eine ähnliche Flüssigkeit, wie die größere Cyste, enthielt. Die große Cyste wurde ausdissecirt, unterbunden und abgetragen. Glatte Heilung. **Leopold Meyer** (Kopenhagen).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS'N.

Centralblatt für GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 41. Sonnabend, den 11. Oktober. **1890.**

Inhalt: I. **M. Hofmeier,** Sarkoma Endometrii und Stückchendiagnose. — II. **Baas,** Ein Fall von Vaginismus. (Original-Mittheilungen.)

1) **Glöckner** und **Keller,** Asepsis. — 2) **v. Kórányi,** Wanderniere. — 3) **Grapow,** Entwicklungsgeschichtliches. — 4) **Ziegenspeck,** Massage. — 5) **Stratz,** Cervicalkatarrh. 6) Gynäkologische Gesellschaft zu Hamburg. — 7) **Orthmann,** Bericht. — 8) Anatomische Gesellschaft zu Paris. — 9) Pariser medicinische Akademie. — 10) **Engelmann,** Apostoli's Methode. — 11) **Frommel,** 12) **Goodell,** Tubenschwangerschaft. — 13) **Bernays,** Extra-uterin-Schwangerschaft. — 14) **Smith,** Späte Schwangerschaft. — 15) **Jackson,** Amputatio uteri. — 16) **Madden,** Amputation des Cervix. — 17) **Rendu,** Atresie des Cervix. — 18) **Kocher,** Stielbehandlung bei Myom. — 19) **Championnière,** Fibrome. — 20) **Bokström,** Fibromyom. — 21) **Naumann,** Cysta ovarii. — 22) **Engström,** Ovariotomie in der Schwangerschaft. — 23) **Naumann,** Tuberculosis peritonei. — 24) **O'Callaghan,** Peritonealtuberkulose. — 25) **Murray,** Hydrocephalus. — 26) **Millbank,** Ein Galactagogum. — 27) **Coe,** Laparotomie. — 28) **Price,** 500 Geburten ohne Todesfall. — 29) **Northrup,** Skleroma neonatorum. — 30) **Picqué,** Angeborener Mangel der Scheide. — 31) **Liben,** Zange.

I. Sarkoma Endometrii und Stückchendiagnose.

Von

M. Hofmeier.

In No. 38 dieses Blattes haben die Herren Karl Abel, Theodor Landau und Leopold Landau sich über zwei kritische Bemerkungen beschwert, welche ich in der 10. Auflage des Schröder'schen Lehrbuches über einige ihrer neuesten Veröffentlichungen eingefügt habe; zum Schluss wird meine Kritik der besonderen Aufmerksamkeit der Fachgenossen empfohlen. In so fern als beide angezogenen Bemerkungen klein gedruckt unter den Text gesetzt waren, demgemäß leicht übersehen werden konnten, kann ich mit dieser besonderen Empfehlung und Hervorhebung meines Urtheils wohl zufrieden sein. Indess giebt mir dieselbe noch weiter die ganz willkommene Gelegenheit meinen Standpunkt in der fraglichen Angelegenheit etwas näher zu begründen, was zu thun ich in dem Lehrbuch selbst nicht für angezeigt hielt.

Ich hatte bemerkt, dass es völlig sinn- und zwecklos sei für die

von Herren C. Abel und T. Landau beschriebenen Veränderungen der Mucosa uteri bei Carcinoma portionis, welche von allen Anderen als chronisch entzündliche angesehen werden, den Namen »Sarkom« einführen zu wollen. Dass ich hiermit nicht die Befunde an sich, sondern nur die besondere Benennung als »sinn- und zwecklos« bezeichnen wollte, scheint wohl, wie ich meine, klar; demnach ist die diesbezügliche Bemerkung der Herren Autoren völlig sinnlos.

Die Herren meinen, es sei »bezeichnend«, dass ich trotz der Debatte in der gynäkologischen Gesellschaft in Berlin und ihrer wiederholten Publikationen (inklus. dieser letzten etwa 5—7) mich ausschließlich an den Namen »Sarkom« hielte, ohne der weiteren Bedeutung ihrer Befunde Rechnung zu tragen. Allerdings habe ich mich wesentlich hieran gehalten, denn ich weiß wirklich nicht, was sonst so Bezeichnendes an ihrer Entdeckung gewesen wäre. Dass das Endometrium bei erkrankten Uteris überhaupt häufig nicht normal ist, ist doch an sich keine neue Entdeckung; neu und wesentlich war die Behauptung, dass es in einer erheblichen Anzahl von Fällen bei Carcinoma portionis sarkomatös entartet sei. Um diesen Punkt dreht sich die Diskussion und alle Untersuchungen, da er allerdings von hoher Bedeutung war; selbstverständlich musste demnach hier die Kritik einsetzen. Höchst »eigenartig« muss übrigens die Behauptung der Herren Autoren erscheinen, dass sie immer nur von »sarkomatöser Entartung« gesprochen hätten (was sich übrigens meiner Ansicht nach mit dem Begriff des Sarkom wohl ziemlich decken dürfte), wenn man folgende Stellen aus ihren Arbeiten liest (cf. Abel: Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII. p. 280): »Während in den beiden weniger weit vorgeschrittenen Fällen der Charakter des Spindelzellensarkom vorherrschend ist, ist der erste Fall ein ausgesprochenes Rundzellensarkom«. Einige Zeilen weiter: ». . . . so dass man aus Analogie diese beiden Fälle vielleicht als erstes Stadium der Sarkombildung ansehen kann«. Noch einige Zeilen weiter ». . . so kann man sich denken, dass dasselbe Agens auf der Portioschleimhaut ein Carcinom, auf der Körperschleimhaut dagegen ein Sarkom hervorbringt«. Um außer vielen anderen noch zwei andere Stellen anzuführen (L. Landau, Samml. klin. Vorträge No. 338 p. 14): »Es ist in hohem Maße wahrscheinlich, dass dieses Sarkom der Schleimhaut im Corpus eben so wie an der Portio ein Vorstadium des Krebses darstellt,« und (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVI p. 178): »Die Durchmusterung zahlreicher Schnitte zeigt wiederum als wesentliches Merkmal keine chronische Entzündung, sondern Neubildung, welche alle anatomischen Charaktere des Sarkom hat.« Und gar in ihrer gemeinsamen Arbeit (Archiv für Gynäkologie Bd. XXXIV p. 173) findet sich ein eigener Abschnitt »Sarkoma Endometrii« überschrieben, in welchem ganz ausführlich über diese neue Neubildung abgehandelt wird. P. 175 wird freilich gesagt, so bösartig, wie Andere es aufgefasst, hätten sie es selbst ja eigentlich gar nicht gemeint: indess die

Behauptung »stets nur« von »sarkomatöser Degeneration« gesprochen zu haben, dürfte wohl nicht ganz aufrecht zu erhalten sein.

Die Herren Autoren meinen ferner: nur eine »vorgefasste klinische Meinung« könne den Schluss ziehen, dass ein Sarkom der geschilderten Art an der Körperschleimhaut nicht vorkomme. Ob die Meinung »vorgefasst« ist, lasse ich dahin gestellt; allerdings aber musste schon vom klinischen Standpunkte die Entdeckung des neuen Sarkoma Endometrii von vorn herein sehr unwahrscheinlich erscheinen, was ja auch Olshausen in der Sitzung der gynäkologischen Gesellschaft schon hervorgehoben und begründet hat. Höchst »eigenartig« berührt nur hier die zur Schau getragene Missachtung der klinischen Meinung, welche doch sonst in den betreffenden Arbeiten der Herren Landau und Abel gegenüber der mikroskopischen Diagnose so sehr betont wird. Mit etwas mehr Recht, als er von L. Landau angewendet ist (Samml. klin. Vorträge No. 338 p. 11), wiederhole ich darum hier den Ausspruch Meckel's: »In solchen Fällen findet man zuweilen mehr Halt in den klinischen Erscheinungen und dem Verlauf, als in der bornirten anatomischen Analyse.«

Die Herren Autoren heben mit besonderer Genugthuung hervor, dass es ihnen »niemals eingefallen sei, wie ich es gethan, die Pathologie mit einer besonderen Art der Entzündung zu beschenken, indem ich die fraglichen Veränderungen als eine »eigenartige« interstitielle Endometritis bezeichnete.« Hören wir, was die Herren selbst unter der Überschrift Endometritis chronica (Archiv für Gynäkologie Bd. XXXIV p. 168) sagen: Nach einer »wegen des leichteren Verständnisses« gegebenen sanften Belehrung über die Vorgänge bei der Entzündung im Allgemeinen heißt es wörtlich: »Ein anderer Theil der Zellen zeigt einen progressiven Charakter; er wandelt sich in epithelioide Zellen um, und diese Bildungszellen des Granulationsgewebes wachsen zu großen Zellen, ja selbst, wenn auch selten, zu Riesenzellen aus etc. Dieser Vorgang hat bei keinem Organ etwas Specifisches. Wenn daher Schröder und in einem besonderen Aufsatz Leopold Meyer für die Endometritis chronica das Vorkommen von deciduaähnlichen Zellen, ja selbst Riesenzellen als etwas Eigenartiges für die Entzündung des Endometrium hinstellen, so haben sie eine allgemeine Regel mit Unrecht als Ausnahme angenommen. Ein jedes Lehrbuch der allgemeinen Pathologie erweist diese Thatsache.« Da also ein jedes Lehrbuch der allgemeinen Pathologie diese Thatsachen erweist, so habe doch nicht ich die Pathologie damit beschenkt. Denn die von den Herren Autoren hier geschilderten Vorgänge im Endometrium sind eben dieselben, wie sie — mit ihrer Ausnahme — von allen Untersuchern als bei Carcinom am Cervix im Endometrium vorkommend geschildert werden. Über den entzündlichen Charakter derselben wollen wir nicht rechten: werden doch manche krankhaften Zustände am Uterus noch nach der älteren Eintheilung als entzündliche zusammengefasst und mit den entsprechen-

den Namen bezeichnet, welche besser als Reizungen oder Ernährungsstörungen bezeichnet würden: ein Begriff, der übrigens in der Gynäkologie von Winckel und den letzten Auflagen des Schröder'schen Handbuches bereits eingeführt ist: ein Begriff übrigens, den die Herren Autoren in ihrer (bis jetzt) letzten größeren Arbeit über diesen Gegenstand (Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVIII p. 233) ebenfalls anwenden, indem sie nicht weniger als sechs (!) derartige Reizungszustände allein an der Portio unterscheiden.

Wenn die Herren Autoren meinen, sie hätten sich ja pathologisch-anatomisch rein deskriptiv verhalten und klinisch nur die Hypothese aufgestellt, dass wir es möglicherweise in der sarkomatösen Neubildung mit einer Vorstufe des Carcinom zu thun haben, so scheinen sie vollkommen vergessen zu haben, welche praktischen Folgerungen sie selbst — und mit Recht, wenn ihre Ansicht wahr wäre — früher und L. Landau in seinen wiederholten Äußerungen über denselben Gegenstand gezogen haben. »Bedenken wir (heißt es Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII p. 281), dass etc. etc., so müssen wir sagen, dass nunmehr auch pathologisch-anatomisch die Totalexstirpation des Uterus bei jedem Portiokrebs gerechtfertigt erscheint.« Dass mit der Deutung der fraglichen Veränderungen als nicht sarkomatöser und als Vorstufe zum Carcinom auch der der »schweren« Erkrankung überhaupt mit den daran geknüpften Folgerungen fortfällt, hat C. Ruge in der Diskussion der gynäkologischen Gesellschaft in Berlin schon scharf hervorgehoben. Über das gleichzeitige Vorkommen von wirklich malignen Erkrankungen der Uterusschleimhaut und Carcinom der Portio ein ander Mal.

Wenn die Herren Abel und Landau bei jeder Gelegenheit entgegen allen eingehenden und völlig übereinstimmenden Untersuchungen Anderer sich hinter die Namen Waldeyer und Virchow zurückziehen, welche angeblich ihre Befunde, deren Deutung und Bezeichnung bestätigten und anerkannten, so müsste zunächst einmal sicher festgestellt werden, was eigentlich jene Herren anerkannt haben, in wie viel Fällen sie es anerkannt haben und wie weit sie es anerkannt haben. Und selbst wenn sie die Entdeckungen und Deutungen der Herren Abel und Landau wirklich so vollkommen mit ihrer Autorität decken wollten, wie diese Herren es glauben machen möchten, so steht die Thatsache unbestreitbar fest, dass von sämmtlichen Untersuchern an den verschiedensten Orten und an einem großen Material Keiner an keinem Fall die sarkomatöse Degeneration gefunden hat, welche Abel (Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII p. 280) in 3 von 7 untersuchten Fällen als Spindel- und Rundzellensarkom, in 2 weiteren als erstes Stadium des Sarkoms bezeichnet, und welche er wiederum in einer zweiten Serie von 10 Fällen in »einigen« derselben als Sarkom deutete (s. L. Landau, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVI p. 178; Diskussion der geburtshilflichen Gesellschaft zu Berlin).

Übrigens wird ja Niemand den Herren Landau und Abel und

Denen, die ihnen folgen wollen, verwehren, wenn sie es ihrem oder dem sachlichen Interesse für zweckdienlich halten, als »Sarkom« oder »sarkomatöse Degeneration« zu bezeichnen, was die übrigen deutschen Gynäkologen chronische Endometritis mit ihren »eigenartigen« Erscheinungen nennen. Niemand kann aber auch Anderen wehren es als sinnlos zu betrachten, anatomische Veränderungen als Sarkom zu bezeichnen, die kein Sarkom sind, und es als zwecklos anzusehen den pathologisch-anatomischen Begriff »der sarkomatösen Entartung mit gutartigem Charakter« in die gynäkologische Namengebung einführen zu wollen.

Was nun die Beschwerde des Herrn L. Landau betrifft, so bezieht sie sich darauf, dass ich mit Unrecht von ihm gesagt habe, er wolle bei verdächtigen Erkrankungen der Portio den früher üblichen, aber gefährlichen Weg der klinischen Beobachtung allein wieder empfehlen, und die mikroskopische Diagnose darum verlassen, weil sie nicht immer Alles leiste. Wenn dieser Protest des Herrn L. Landau eine Bedeutung haben soll, so kann es doch wohl nur die sein, dass er sich dagegen verwahrt, die mikroskopische Diagnose zu vernachlässigen oder zu unterschätzen. Dies wäre im Interesse der Sache sehr angenehm; denn ich kann nicht leugnen, dass es mir sehr bedauerlich erschienen ist, dass ein so hervorragender Gynäkologe, wie Herr L. Landau und seine Schule sich in allen ihren Veröffentlichungen der letzten Jahre so absprechend über die klinische Verwerthung des Mikroskopes ausgesprochen haben, wie es thatsächlich geschehen ist (ausgenommen allein die »sarkomatöse Entartung« des Endometrium bei Portiocarcinom). Denn wenn ich die deutsche Sprache noch recht verstehe, so sind 14 von den 22 Seiten des betreffenden Vortrags (Sammlung klin. Vorträge No. 338) wesentlich zur Diskreditirung der mikroskopischen Diagnose bei Erkrankung des Uterus geschrieben. Ich kann nicht glauben, dass irgend ein Leser einen anderen Eindruck davon haben wird, und ich führe nur als ein Beispiel einen derselben Sätze an, welche Herr L. Landau zu seinen Gunsten citirt (l. c. p. 12): ». . . Da uns ein diagnostisches Kriterium für die Art der vorliegenden (an der Portio) Ulceration von Haus aus fehlt, so sind wir verpflichtet mit der Behandlung nicht so lange zu warten, bis uns das Mikroskop die Diagnose lehren kann, was mancher Kranke nie erleben würde, sondern ex juvantibus et nocentibus zu diagnosticiren und zu behandeln. Man behandelt also die verdächtige Erosion mit Holzessig, Adstringentien, schneidet die Erosion weg; versäumt selbstverständlich nicht die mikroskopische Untersuchung.« Herr L. Landau glaubt doch also unzweifelhaft, dass bei verdächtigen Geschwüren die klinische Behandlung früher Aufschluss geben wird, als die mikroskopische Untersuchung; ja er glaubt sogar, dass das Leiden früher den Tod herbeiführen könne, als das Mikroskop die Natur dieses Leidens aufdecken könnte! Wenn dies nicht eine Missachtung der mikroskopischen Diagnose ist, so weiß ich wirklich nicht, wie sie noch schlimmer

ausgedrückt werden kann! Wunder muss dann freilich der Nachsatz erwecken: »man versäumt selbstverständlich nicht die mikroskopische Diagnose«. Wozu, wenn sie nichts leistet? wenn man sogar, um ex juvantibus zu schließen, lieber die Erosion wegschneidet, als dass man sich getraut, durch vorherige mikroskopische Untersuchung sie von einem Carcinom zu unterscheiden? Und in dieser Tendenz ist doch der ganze Vortrag geschrieben! Diese Tendenz tritt in allen diesbezüglichen Arbeiten der Landau'schen Schule in zunehmender Schärfe zu Tage!

So sehr nun allerdings auch Herr L. Landau und die Herren T. Landau und C. Abel gegen die Verwerthung der mikroskopischen Diagnose an ausgeschnittenen oder ausgekratzten Stückchen eifern und mit zunehmender Missachtung gegen sie und deren Begründer in der Gynäkologie C. Ruge sprechen (s. besonders die Arbeit Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVIII), — immer ausgenommen freilich das »Sarkoma« Endometrii — so kann man doch vielleicht vermuthen, dass diese Methode ihnen ab und zu auch bei Verhältnissen, wie L. Landau sie oben skizzirt, nicht zu verachtende Dienste geleistet hat, wenn man z. B. in der oben genannten Arbeit der Herren T. Landau und C. Abel (Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVIII p. 232) liest: »Nach den makroskopischen Befunden glauben wir es häufig mit schweren Veränderungen zu thun zu haben, und finden nachher (nämlich nach der Probeexcision) ganz einfache mikroskopische Bilder.« Und weiter p. 237: »Es hat sich die Thatsache herausgestellt, dass (an der Portio) makroskopisch für unser Auge gleichartige Dinge unter dem Mikroskope Verschiedenartiges ergeben können.« Und was soll man gar von den gereizten Protesten denken gegen die »Stückchendiagnose« und den unverantwortlichen Leichtsinn auf diese hin wichtige Operationen zu gründen, wenn man p. 263 folgende Krankengeschichte liest (wörtlich mit Fortlassung der unwesentlichen Angaben): »42jährige Frau; unregelmäßige Blutungen, kein Ödem, keine Schmerzen. Uterus vergrößert, Scheidentheil lässt ein Ektropium erkennen, macht aber durchaus keinen verdächtigen Eindruck. Da die Ursache der Blutung im Uterus gesucht wurde, Erweiterung des Cervix für den Finger; Uterus leer. Man beschränkte sich daher auf eine Ausschabung, die aber nicht viel zu Tage förderte. Gleichzeitig wurde ein Probeausschnitt aus der vorderen Lippe gemacht; die mikroskopische Untersuchung zeigte nun folgendes überraschende Resultat« (folgt eine ausführliche Beschreibung des Bildes, welches Carcinomalveolen mit polymorphen Zellen ergab). Die Krankengeschichte fährt fort p. 265: »In Folge dieses Befundes wurde die Gebärmutter entfernt und durch das Mikroskop *festgestellt*, dass die Erkrankung eine ganz oberflächliche geblieben war, welche den Cervicalkanal, so wie die Parametrien unversehrt gelassen *hatte*. Die Kranke hat eine normale Genesung durchgemacht; ein Rückfall ist bis jetzt, 11 Monate nach der Operation, nicht aufgetreten.« — Also doch ?!! Erst eine Ausschabung des leeren (!) Uterus, dann

eine Probeexcision aus der ganz unverdächtigen (!) Portio und dann Totalexstirpation auf Grund dieser mikroskopischen »Stückchendiagnose«! Also keine klinische Diagnose? keine Diagnose ex juvantibus et nocentibus? keine Befolgung des guten Rathschlages, welchen Herr L. Landau (Sammlung klin. Vorträge No. 338 p. 14) Anderen giebt: »diejenigen, welche auf Grund mikroskopischer Diagnosen auf beginnenden Krebs zum Messer greifen, werden allerdings gut thun, sich mit der hohen Amputation zu begnügen«? oder der von Abel und Landau (Archiv für Gynäkologie Bd. XXXV p. 238) ausgesprochenen Ansicht: »Wer freilich sogenannte »beginnende« Carcinome an einer Portio diagnosticirt, wird gut thun, den betreffenden Kranken den Uteruskörper zu lassen«?? —. Und dieselben Herren Autoren, welche diese folgenschwere Diagnose aus einem excidirten Stückchen einer unverdächtig aussehenden Portio gestellt haben, schreiben gleich im Anschluss volle 25 Seiten über die Unmöglichkeit diese Diagnose bei beginnender Erkrankung zu stellen! dieselben Herren finden nicht Worte genug, ähnliche Diagnosen Anderer, besonders die von C. Ruge, zu diskreditiren und schreiben z. B. p. 293: »Derartige höchst zweifelhafte Diagnosen laufen aber auch bei den sogenannten »beginnenden« Drüsenkrebsen mit unter, und es ist kein Wunder, dass, wenn solche Fälle unter die Diagnose »Krebs« eingereiht werden, die Statistik bei der Heilung durch Collumamputation eine glänzende ist. Es wäre wünschenswerth, dass derartige »Krebsfälle« in Zukunft mit Holzessig behandelt würden, um zu beweisen, dass der Krebs auch durch Holzessig heilbar ist!« Da die einzige größere statistische Zusammenstellung über derartige Operationen und ihre Dauerfolge aus der Schröder'schen Klinik stammt und von mir seiner Zeit angefertigt ist, so kann ich diesen freundlichen Rathschlag wohl ungezwungen auf mich beziehen. Hätten die Herren C. Abel und T. Landau überhaupt im geringsten den guten Willen gehabt sich zu orientiren, so würde ein kurzer Blick auf die in übersichtlichster Form zu diesem Zweck zusammengestellten sämmtlichen Fälle (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIII p. 269) ihnen sofort gezeigt haben, dass kein einziger Fall darunter war, in welchem die Portio ein so harmloses Äußere geboten hätte, wie in ihrem Fall, der nicht einmal eine Holzessigbehandlung zu erfordern schien!

Dieselben Herren Autoren schreiben am Schluss ihres 100seitigen Aufsatzes: »Nach all diesen Erörterungen kommen wir zu dem wenig erbaulichen Schluss, dass die von Ruge angegebenen Zeichen für das beginnende Carcinom einer Kritik nicht Stand halten.« Worauf haben sie selbst dann wohl ihre Diagnose gegründet? Der fortwährend festgehaltene, künstlich konstruirte Gegensatz, dass sie nur fertige (vielleicht klinisch beginnende) Krebse diagnosticirten, C. Ruge aber anatomisch beginnende erkennen wolle, ist doch eine Wortklauberei durchsichtigster Art! Oder war es in ihrem Fall vielleicht kein »beginnender« Krebs, der

noch nicht einmal makroskopisch wahrnehmbare Veränderungen an der betreffenden Lippe hervorgebracht hatte? Eine glänzendere Bestätigung der durch die Arbeiten Ruge's eingeführten, von den Herren Landau und Abel in Wort und Schrift so heftig befehdeten »Stückchendiagnose« könnte ja gar nicht geliefert werden! — Oder war es am Ende doch gar kein Krebs, wegen dessen Herr L. Landau ohne jede klinische Erscheinung, allein auf die »bornirte anatomische Analyse« seiner Schüler T. Landau und Abel hin dieser Frau den Uterus ganz entfernte? Denn auch das zweite, von diesen Herren in solchen zweifelhaften Fällen geforderte Kriterium einer sicheren Krebsdiagnose, das Recidiv, ist bis nach 11 Monaten nicht eingetreten. Ihre Anschauungen über diesen Punkt erhellen aus den Ausführungen: Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVIII p. 286 und aus dem folgenden Satz L. Landau's in dem erwähnten klin. Vortrag p. 4: »Schwieriger und nicht immer genau festzustellen ist der Werth mikroskopischer Diagnostik dort, wo wir umgekehrt aus klinischen Gründen eine gutartige Bildung annehmen und in denen der Mikroskopiker eine maligne Neubildung diagnosticirt. Wird in einem solchen klinisch zweifelhaften Fall von dem, welcher dem Blicke seines mikroskopischen Berathers mehr traut als seinem eigenen Urtheil, das erkrankte Organ entfernt und bleibt die betreffende Operirte gesund, so kann aus dem Grunde, weil kein Recidiv auftritt, nicht der vollgültige Beweis geliefert werden, dass es sich um Carcinom gehandelt hat.« — Vielleicht aber erklärt sich dieser Widerspruch zwischen den hier ausgesprochenen Grundsätzen und dem oben dargestellten Handeln dahin, dass dieser Fall einer von den »Missgriffen« ist, von denen Herr L. Landau auf p. 5 seines Vortrags sich nicht freispricht: dass dieser exstirpirte Uterus einer von denen ist, »bei denen die mikroskopische Diagnose auf beginnendes Carcinom der Portio lautete, in welchem es sich dann aber doch nur um Entzündung mit hyperplastischen Vorgängen an den Drüsenepithelien handelte«. Dann wäre es freilich um die schöne Schilderung mit ihren Abbildungen geschehen, welche die Herren T. Landau und C. Abel im Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVIII unter der Überschrift »‚Unsere' Auffassung vom Carcinom der Vaginalportion und Cervix«, wesentlich gestützt mit auf diesen Fall, geben! — Risum teneatis amici! —

II. Ein Fall von Vaginismus.

Von

Dr. J. H. Baas (Worms).

Frau G. aus B., 24 Jahre alt, kam im Juli d. J. in meine Sprechstunde, mit der Angabe, dass sie sich seit längerer Zeit sehr unwohl fühle, abmagere, des Nachts nicht schlafe, dass ihr Appetit abgenommen habe etc. Die Untersuchung gab keine Anhaltspunkte über die Ursache dieser Krankheitserscheinungen, so dass ich weiter examinirte und die Frau darauf aufmerksam machte, dass, wenn ich ihr helfen solle, sie mir, was der Fall schien, nichts verheimlichen dürfe: ob

sie als Mädchen — sie war früher Dienstmagd — einmal eine besondere Krankheit überstanden habe etc. Endlich gestand die Kranke, dass vor Jahren »manchmal mit ihrem jetzigen Manne etwas vorgekommen sei, dass sie dabei aber stets heftige Schmerzen gehabt habe und desshalb in den letzten 2 Jahren vor ihrer im Februar 1890 geschehenen Verheirathung nichts mehr gestattet habe; Onanie leugnete sie bestimmt; seit ihrer Verheirathung habe sie beim Beischlaf aber ebenfalls ungeheure Schmerzen, auch wenn der Mann sie nur reize (betaste), so dass der eheliche Frieden gestört werde, obwohl ihr Mann sehr gutmüthig sei, sie schone; auch könne sie den Samen nicht behalten (sie verstand darunter ihre eigene Absonderung beim Coitusversuch); sie verweigere diesen desshalb, obwohl sie lebhaftes Verlangen danach habe (sie war eingestandenermaßen von jeher sexuell sehr erregt) etc. Beim Touchiren, vor dem sie sich fürchtete, präsentirte sich dem in die Scheide eingeführten Finger ein straff gespannter, scharfrandiger Ring, in dessen Mitte eine seichte Grube lag, dessen Berührung so schmerzhaft war, dass die Frau aufschrie, und der nicht zu durchdringen war; zugleich spürte die Kranke Krampf in der After- und Blasengegend. Inspektion ward nicht gestattet aus Angst vor neuen Schmerzen.

Ich machte die Frau darauf aufmerksam, dass hier eine Behandlung in einer Klinik statthaben müsse etc. Dazu entschloss sie sich aber nicht. Ich verordnete desshalb eine 10%ige Cocainsalbe mit der Weisung, von derselben etwa 3mal täglich ein wenig in die Scheide zu bringen.

Nach etwa 14 Tagen kam die Frau wieder, im Aussehen sehr gebessert, ganz freudig erregt und lebhaft sich für die Hilfe bedankend; sie habe diesmal die Periode, die auch stets schmerzhaft gewesen sei, schmerzlos überstanden, den Coitus habe sie aber noch nicht ausgeübt. Jetzt konnte ich mit dem Finger die ganze Scheide schmerzlos touchiren und zeigte sich, dass die Defloration sicher stattgefunden habe (wohl schon vor der Ehe), eben so dass die Frau sexuell sehr erregbar sein müsse, denn beim Durchgang durch den Introitus stieß sie einen wollüstigen lauten Seufzer aus (sie sagte: »weil das überrasche und reize«).

Ich rieth ihr nun, um eheliche Concordanz und Befriedigung zu vermitteln, den Coitus zu gestatten und noch eine Zeit lang jedes Mal einige Minuten vorher die Salbe, wie seither, einzuführen; wenn sich die Schmerzen nochmals einstellten, aber sofort wieder zu kommen. Sie kam jedoch nicht mehr, so dass das Übel sicher beseitigt scheint, wie man unter gegebenen Verhältnissen bestimmt annehmen darf.

Vaginismus ist jedenfalls so selten, dass die Veröffentlichung des vorliegenden Falles gerechtfertigt scheint, zumal auch die relativ einfache Therapie und deren Erfolg von praktischem Interesse sein dürfte. Es war der erste Fall, der mir in 30 Jahren vorkam, auch andere, ältere Ärzte, die ich frug, erklärten mir, dass sie überhaupt noch keinen Fall von Vaginismus beobachtet haben. Die Ursache scheint mir im vorliegenden Fall excessive sexuelle Erregbarkeit zu sein. Der Erfolg der Therapie weist aber darauf hin, dass man, ehe man zu anderen heroischen Mitteln greift, zuerst Cocain (selbst in stärkerer Dose noch) versuchen soll[1].

---

1) H. Glöckner und C. Keller (Berlin). Beitrag zur Asepsis in der Geburtshilfe.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 32.)

G. und K. stellten in der königl. Frauenklinik zu Berlin 2 Versuchsreihen derart an, dass sie in beiden von jeder vaginalen Desinfektion Kreißender Abstand nahmen, diese vor der Lagerung badeten, die äußeren Geschlechtstheile mit Seife und lauwarmem Wasser reinig-

[1] Ein ähnliches Leiden, das man per analogiam als »Penismus« bezeichnen müsste, existirt übrigens auch beim Mann; wenigstens behandelte ich einen solchen, der beim Coitus, vielmehr nach der Ejaculation jedes Mal heftigen Schmerz im Damm und After (den er als »Krampf und Ziehen« bezeichnete) verspürte, welcher eine Zeit lang anhielt und ihn so quälte, dass er nach Abhilfe verlangte, die mit Arzneien übrigens nicht zu erreichen war.

ten, dann mit Sublimatlösung 1‰ abspülten, in der ersten aber die Scheide mit 1—1½ Liter lauwarmen (Leitungs-) Wasser ausspülten, in der zweiten nicht. Energische Desinfektion der Hände der Geburtshelfer und der Instrumente wurde selbstverständlich vorgenommen.

In der ersten Versuchsreihe wurden 312 Kreißende entbunden. Von denselben blieben völlig fieberfrei 88,4%; keine oder nur eine abendliche Temperatursteigerung hatte statt bei 94%; Fieber trat an mehr als einem Abend auf in 2,98%; Morgens und Abends zeigte sich Fieber über 38° in 2,98%; schwere Wochenbettserkrankungen kamen überhaupt nicht vor. In der zweiten Reihe wurden 120 Fälle beobachtet. Hier blieben 94,10% fieberfrei; kein Fieber oder nur eine abendliche Temperatursteigerung 99,16%. Fieber an mehr als einem Abend 0,83%. Morgens und Abends Fieber kam nicht vor; dessgleichen schwerere Wochenbettserkrankungen.

Die ungünstigeren Morbiditätsverhältnisse der ersten Reihe sind vielleicht darauf zurückzuführen, dass ein großer Theil der hierher gehörigen Entbundenen gleich nach der Geburt bis in die Gegend des Kontraktionsringes intern (zur Entscheidung gewisser Fragen der Placentarlösung) untersucht wurden.

G. und K. ziehen mit Recht aus den Ergebnissen dieser beiden Versuchsreihen im Gegensatz zu Steffeck, der eine energische und wiederholte Desinfektion des zugänglichen Theiles des Genitalrohres fordert, den Schluss, dass man bei einer gesunden Kreißenden und voraussichtlich normalem Geburtsverlauf getrost auf jede innere Desinfektion verzichten darf. **Graefe** (Halle a/S.).

---

2) **F. v. Korányi** (Budapest). Der Einfluss der Kleidung auf die Entstehung der Wanderniere der Frauen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 31.)

Auf Grund statistischer Erhebungen und klinischer so wie experimenteller Untersuchungen kommt v. K. zu dem Schluss, dass besonders hohe Schuhabsätze in Verbindung mit der großen Last der um die Hüften befestigten Kleider die Entstehung der Wanderniere zu befördern geeignet sind. Beim Tragen hoher Absätze werden nämlich die physiologischen Krümmungen der Wirbelsäule vermehrt; der untere Theil des Lendensegments neigt sich schiefer nach vorn; der Psoas major und Quadratus lumb. wölbt sich nach vorn; letzterer lagert sich mehr nach außen. Schon bei mäßigem Tiefstand der Niere wird ihr unteres Segment um die Frontalachse nach vorn gedrängt und die bedeckende Bauchfellpartie gespannt. Durch diese Umstände muss ein schlecht gespanntes Peritoneum noch mehr gelockert und beim Lebenden, wo während des Stehens und Gehens die genannten Muskeln in Aktion treten, durch das fortgesetzt wiederholte Spannen und Zerren der Niere die Dislokation zu Wege gebracht werden. Letzteres ist in noch höherem Maße der Fall, wenn auf die so gerichtete Taille das Gewicht der Kleidung aufgebürdet wird. **Graefe** (Halle a/S.).

---

3) **M. Grapow** (Hamburg). Die postfötale Entwicklung der weiblichen Erregungsorgane und deren Beziehungen zur Pathologie derselben.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 35.)

G. giebt zunächst eine Beschreibung der Sexualorgane eines neugeborenen Mädchens. Aus derselben sei hier nur hervorgehoben, dass selbst bis zum 5. Lebensjahr von einer eigentlichen Uterushöhle nicht die Rede ist. Es besteht nur ein schmaler Spalt, der durch die eigenthümliche Anordnung der Schleimhautfalten auf einem Querschnitt die Gestalt eines liegenden »S« hat. Jene verschwinden dann allmählich in der Corpushöhle; die Schleimhaut derselben wird glatt. — Die Form des äußeren Muttermundes beim Neugeborenen ist ein querer Spalt. Doch kommen Abweichungen eben so wie Einkerbungen oder Faltungen häufig vor. Letztere gleichen sich später meist wieder aus.

Die Tuben sind bis zur 32. Fötalwoche in ihrer ganzen Länge stark spiralig gewunden. Von jener Zeit an beginnen die Windungen sich durch Längsstreckung auszugleichen und zwar zuerst die dem Uterus zunächst liegende. Nach der Geburt schreitet die Streckung des Tubenkanals successive lateralwärts fort, bis er sich zur Zeit der Geschlechtsreife bis auf die letztere, äußere Windung, die sich in der Ampulle, wenn auch abgeflacht erhält, gestreckt findet.

Diese Vorgänge sind, worauf W. A. Freund in jüngster Zeit hingewiesen hat, von größter Wichtigkeit für die Entstehung mancher, pathologischer Zustände an den Tuben. Bleibt die Streckung aus, sei es, dass sich alle die Windungen des infantilen Uterus erhalten oder dass der Vorgang nur theilweise statt hat, so bleibt der Kanal schwer oder gar nicht passirbar; das Ei wird in den Windungen zurückgehalten, der Gefahr der Einnistung an unpassender Stelle ausgesetzt; die Sekrete, normale oder pathologische, finden keinen Abflussweg; mit anderen Worten: erhöhte Disposition zu Tubenschwangerschaft und Retentionscystenbildung, mit allen ihren Folgen. Entsteht die abnorme Entwicklung in Folge verminderter Wachsthumsenergie, so pflegt sie nicht isolirt aufzutreten, sondern als Symptom des allgemeinen infantilen Habitus. Hier ist das Corpus uteri auffallend klein, cylindrisch, mit stark konvexer hinterer und konkaver, schlaffer und dünner, vorderer Wand, der Fundus leicht eingesattelt. Das ganze Organ liegt »kongenital anteflektirt«.

In solchen Fällen tritt die allgemeine Pubertätsentwicklung mit ihren äußeren Merkzeichen langsam, verspätet, unvollkommen ein. Die Menstruation bleibt nach ihrem erstmaligen Erscheinungen unregelmäßig, setzt oft monate-, selbst jahrelang aus und ist mit starken, kolikartigen Schmerzen verbunden. Durch Zurückhaltung und Zersetzung von Blut im Cavum entsteht leicht Uteruskatarrh. Auch Cervicalkatarrh wird gewöhnlich angetroffen.

Die Konception ist bei den in Rede stehenden Frauen sehr er-

schwert, da einerseits in Folge des Baues der Scheide der Samen post coitum wieder herausstürzt, andererseits der lange Cervicalkanal verengt und durch das Ineinandergreifen der Plicae palmatae unwegsam gemacht ist.

Kommt es doch zur Empfängnis, so tritt (in Folge des geringeren Wachsthums der dünnen, vorderen Wand, der daraus resultirenden Faltenbildung in den Eihüllen, theilweiser Ablösung derselben und Blutungen unter sie) leicht Abort ein. Wird die Frucht ausgetragen, so schaffen die infantilen Organe die Disposition zu abnormen Kindslagen (infantiles Becken — gerade Einstellung des Schädels; Uterus arcuatus — Querlage). Bei der Geburt selbst ist der Uterus der Arbeit nicht gewachsen; die Wehen sind langsam und schwach. Auch für das Wochenbett solcher Frauen stellt Verf. eine üblere Prognose wie bei dem normaler.

Er schließt mit einer Mahnung chirurgische Eingriffe in der Frauenheilkunde nur da anzuwenden, wo sie nicht zu vermeiden sind, im Übrigen aber die konservativen Methoden in ausgedehntester Weise in Anwendung zu bringen. **Graefe** (Halle a/S.).

---

4) **Ziegenspeck** (München). Über Thure Brandt's Methode der Behandlung von Frauenleiden.

(Sammlung klinischer Vorträge No. 353/54.)

Das Verfahren wird so dargestellt, dass jeder Gynäkologe im Stande sein wird, dasselbe anzuwenden. Vom Leichteren zum Schwereren fortschreitend wird das Verfahren zuerst in seinen Einzelheiten beschrieben, immer im Anschlusse an bestimmte Fälle, wo jede der Komponenten für sich heilsam wirkt.

So wird zuerst die Heilgymnastik besprochen im Anschluss an Amenorrhoe und Dysmenorrhoe, die Massage im Anschluss an peritonitische oder Blutergüsse, weil bei diesen Leiden jedes von beiden allein zum Ziele führt. Im Anschlusse an die Parametritis chronica wird dann die Ausdehnung besonders in ihrer Wirkung gewürdigt, mehr als bisher wird in Werken betont, dass dieselbe und Wiederherstellung der Beweglichkeit das Grundprincip der Brandt'schen Therapie ist.

Auf dieses Grundprincip wird auch die Wirkung der Therapie für Retroflexion und Prolaps zurückgeführt, nur bei Prolaps ist noch Stärkung des Beckenbodens nothwendig. Vor Allem sind Indikationen und Kontraindikationen sehr scharf präcisirt. Überall tritt das Bestreben hervor, das Verfahren zu vereinfachen auf Grund pathologischer Untersuchungen und mit denselben übereinstimmender klinischen Erfahrungen, um ihm so seinen einzigen Nachtheil, seine Umständlichkeit zu benehmen. Zu dem gleichen Zwecke ist überall angegeben, was der Erfinder mit jeder einzelnen Bewegung bezweckt und wie man deren Wirkung wissenschaftlich begründen kann. Es ist so ein Weg angedeutet, wie man das Hauptsächliche vom Neben-

sächlichen zu unterscheiden vermag. Fünf instruktive Abbildungen erleichtern das Verständnis. Ein Anhang enthält die Behandlung der Wanderniere, der Hernien und der Incontinentia urethrae. Hoffentlich trägt die Schrift dazu bei, dass diese Methode die gebührende Anerkennung und Anwendung finde. **Rud. Müller** (München).

---

5) C. H. Stratz (Batavia). Zur Behandlung des Cervicalkatarrhs.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVIII. Hft. 2.)

Verf. prüfte im Militärhospital zu Batavia verschiedene Heilmethoden an je 25 mit Cervicalkatarrh behafteten Frauen. In allen Fällen machte er ohne vorhergehende Ausspülung eine Probeexcision aus der Portio und eine Probeausschabung aus dem Uterus, um die sofort gehärteten Präparate mikroskopisch zu untersuchen. Er fand so unter 30 Fällen nur 5 mit gleichzeitiger Endometritis. Bei täglichen Ätzungen mit 10%iger Chlorzinklösung blieben 10 Fälle ungeheilt, die übrigen recidivirten bald. Bei Anwendung von 50%igem Chlorzink, aller fünf Tage, blieben 3 Fälle nach 6 Monaten ungeheilt, und nur 6 leichte ohne Recidiv. Nach der keilförmigen Excision trat stets Heilung und ein Recidiv ein. Ätzte man mit koncentrirter Milchsäure aller 5 Tage, so blieben von den 25 Fällen 2 ungeheilt, zehn leichtere wurden geheilt und der Rest recidivirte nach 2 bis 3 Monaten. Aus der mikroskopischen Untersuchung einer frischen Erosion, einer solchen nach Behandlung mit dem ersten und einer nach Behandlung mit dem zweiten Mittel geheilten (sämmtliche Präparate stammten von derselben Pat.), schließt S., dass »das Chlorzink an der Oberfläche das weniger resistente Cylinderepithel zerstört, das kräftigere Plattenepithel aber und das Bindegewebsstratum zur Anbildung reizt«, dass es aber tieferliegende Drüsenpartien nicht zerstört, sondern durch jene Wucherung schützt. Er schreibt desshalb den Ätzungen nur für leichte Fälle einen therapeutischen Werth zu, während die keilförmige Excision in allen Fällen Heilung schafft. **Carlo** (Göttingen).

Kasuistik.

6) Gynäkologische Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung am 7. Januar 1890.

Vorsitzender: Herr Hotte; Schriftführer: Herr Lomer.

Herr Schütz hält seinen angekündigten Vortrag über die Folgezustände nach circumscripter Peritonitis.

Diskussion: Herr Kümmell hält derartige Affektionen für gar nicht so selten; Stränge, die den Darm abknicken, rechtfertigen zur Laparotomie. Hier könne nur die Operation Heilung bringen. Es werden 4 Fälle aus der Praxis citirt.

Herr Raether: Die häufigste Ursache der circumscr. Peritonitis sei Gonorrhoe. Die Prognose sei nicht zu schlecht. Am häufigsten sah er derartige Zustände bei Frauen von Seeleuten.

Sitzung am 18. Februar 1890.

Vorsitzender: Herr Hotte; Schriftführer Herr Lomer.

Herr Kümmell hält seinen angekündigten Vortrag über die Technik der Laparotomie. K. hat in 150 Fällen die Laparotomie ausgeführt, darunter befinden sich

24 Fälle von Ileus,
20 » » Magen- und Darmresektionen,
5 » » Peritonitis tuberculosa,
22 » » Ovarialkystomen,
12 » » Myom,
10 » » Salpingotomien,
5 » » Kastrationen,
5 » » Fixation des retroflektirten Uterus an die vordere Bauchwand,
6 » » Papillom und Carcinom des Ovariums etc.

Die Gefahren der Laparotomie können, nach der Ansicht K.'s, eingeschränkt werden

a) durch Vereinfachung und schnelle Ausführung der Operation,
b) durch Fernhalten von toxischen Desinfektionsmitteln.

Die Assistenz wird möglichst eingeschränkt. K. nimmt selbst die Instrumente aus der Schale und fädelt selbst die Nadeln ein. Ganz besonders wichtig zur schnellen Ausführung des Eingriffes ist die Lagerung der Pat. mit hochliegendem Becken, nach »Freund« »Trendelenburg« und »Veit«. Die Därme sinken dann in die Magengrube und Tumoren des kleinen Beckens fallen dem Operirenden entgegen.

Ein fernerer Schritt zur Vereinfachung, respektive zur Abkürzung der Operation besteht in der Nichtanwendung der Toilette des Peritoneums. Nach K. ist dieselbe überflüssig und zeitraubend. Cysteninhalt und Blut schaden dem Peritoneum nicht, wie die Erfahrung lehrt; kann man doch bei akuter Anämie Bluttransfusionen in die Bauchhöhle mit Erfolg vornehmen.

K. spricht ferner sich auf das entschiedenste gegen die Anwendung der Drainage aus. Nur bei abgekapselten Exsudaten will er dieselbe gelten lassen.

Den Ileus post operationum sieht K. an als entstanden, entweder durch Abknicken des Darmes oder durch circumscripte Infektion des Peritoneum. Er tritt für das Symptomenbild des Shock ein, im Gegensatz zu der von der anderen Seite für derartige Fälle angenommenen befundlosen Peritonitis.

Der Bauchschnitt soll möglichst klein ausfallen. Die Eventration ist unnöthig bei hochlagerndem Becken. Nur wo es sich darum handelt, eine stenosirte Stelle des Darmes ausfindig zu machen, sei ein ergiebiger Bauchschnitt und dann die Eventration am Platze.

Die Einschränkung giftiger Desinfektionsmittel lässt sich erzielen:

a) durch Sterilisiren aller Instrumente und Gegenstände, die zur Operation benutzt werden,
b) durch Anwendung von sterilisirtem Wasser.

Letzteres Verfahren hat K. längere Zeit hindurch mit Erfolg angewandt. Da indessen bei längeren Operationen die Sicherheit der Aseptik schwindet, so wendet er für solche Fälle, um sicher zu gehen, noch eine schwache Sublimatlösung an.

K. demonstrirt den Ofen, mittels dessen er Instrumente, Nähmaterial, Verbandzeug und Wäsche sterilisirt.

Diskussion wird vertagt.

Sitzung am 4. März 1890.

Vorsitzender: Herr Lomer; Schriftführer: Herr Jacobsen.

Diskussion über den Vortrag des Herrn Kümmell.

Herr Grapow glaubt, dass man mit Unrecht die Toilette des Peritoneum vernachlässige. Die Zurücklassung des Blutes oder Cysteninhaltes in der Bauchhöhle scheine allerdings nicht zu schaden, dagegen sollten eitrige Flüssigkeiten möglichst entfernt werden. Bei Neubildungen ist zu befürchten, dass die zerfalle-

nen Partikel, wenn sie nicht entfernt werden, zu sogenannten Implantationsmetastasen Veranlassung geben. Eben so soll die Toilette nicht unterlassen werden, wenn wegen tuberkulöser oder carcinomatöser Peritonitis operirt wird.

Herr Kümmell will in den letzten Fällen ebenfalls eine sorgfältige Toilette mit Entfernung des Ascites gemacht wissen. — Die Heilung bei Tuberculosis peritonei erfolgt — wie ihm ein kürzlich operirter und nachher zur Autopsie gekommener Fall zeigte — durch Verwachsung der Darmschlingen, wodurch eine Neubildung des Ascites verhindert wird. In allen übrigen Fällen hält er die Toilette für überflüssig gegenüber dem Zeitverlust und der Gefahr, durch Abtupfen die Serosa der Därme zu verletzen und dadurch spätere Verwachsungen zu veranlassen.

Herr Lomer will aus gleichen Gründen und aus Furcht vor dem häufig eintretenden Collaps die Toilette unterlassen wissen. Auch hat er beobachtet, dass nach langer Toilette die Operirten besonders an Durst leiden, was vielleicht durch eine erhöhte Absonderung nach dem Peritonealraum hin zu erklären sei.

Herr Kümmell stimmt Herrn L. betreffs der Collapserscheinungen bei, den Durst lässt er aber nur als Folge der Narkose gelten.

Herr Schrader glaubt, dass bezüglich des Durstes der Operirten der Saftreichthum der Gewebe eine Rolle spielt. Heruntergekommene, saftarme Personen leiden besonders an Durst.

Herr Kümmell muss auf seiner Erklärung von Durst als Folge der Narkose bestehen bleiben.

Herr Strack berichtet über einen Fall von Hämatom der linken großen Labie, unter der Geburt entstanden, von Kindskopfgröße und einen vollständigen Stillstand in der Geburt veranlassend. Durch einen Riss fand geringe Blutung statt. Herr Strack erweiterte diesen Riss und entleerte ca. einen Liter Blut, worauf der Kopf des Kindes weiter herunterrückte. Nach ca. einer Stunde trat aber ein neues Hämatom auf. Auch dieses entleerte Herr Strack, worauf die Geburt spontan verlief. Nach Beendigung derselben wurde der Sack mit Jodoformgase austamponirt. Das Puerperium verlief normal.

Herr Lomer sah ein Hämatom im siebenten Schwangerschaftsmonat, entstanden durch einen Fußtritt, den die Gravida gegen ihren Unterleib erlitt.

Herr Grapow sah ein Hämatom bei einer Zwillingsgeburt entstehen, zwischen der Geburt des ersten und zweiten Kindes.

Sitzung am 16. März 1890.

Vorsitzender: Herr Schütz; Schriftführer: Herr Lomer.

Herr Grapow hält seinen angekündigten Vortrag über die

Postfötale Entwicklung der weiblichen Zeugungsorgane und deren Beziehungen zur Pathologie derselben.

Die therapeutischen Maßnahmen in der Gynäkologie basiren zum Theil auf lockerer Indikationsstellung. Besonders gilt dies für die chronisch entzündlichen Affektionen des Beckeninhaltes. Die normale und pathologische Anatomie der Beckenorgane ist relativ spät und auch jetzt noch unvollkommen bearbeitet.

Ein wesentlicher Faktor bei der Würdigung pathologischer Vorgänge, nämlich die Entwicklung der Organe von der Zeit der Geburt bis zur Geschlechtsreife, ist noch sehr wenig in Rücksicht gezogen. Zusammenhängende Bearbeitungen dieses Gegenstandes fehlen noch. Für den Uterus ist die Arbeit von F. Guyon, für die Tuben die von W. A. Freund maßgebend. Die Resultate dieser Arbeiten bilden die Grundlage dieses Vortrages.

Der üblichen Beschreibung des infantilen Uterus ist noch Einiges hinzuzufügen, besonders den Bau des Cervixtheiles betreffend. Mit fortschreitender Entwicklung dreht sich das Verhältnis der Längsachsen des Corpus und des Cervix um. Das Corpus nimmt andauernd zu, besonders begünstigt wird diese Zunahme durch Pubertät, Gravidität und Coitus.

Die normale Form der infantilen Tuben ist die spiral geschlängelte. Erst im Laufe der Jahre bis zur Pubertät findet die Streckung statt. Nicht Eintreten der

normalen Streckung setzt Prädisposition zu Tubargravidität und Retentionscystenbildung.

Durch gleichzeitigen totalen infantilen Habitus entstehen die durch diesen bedingte Komplikationen, die sich bei Infektionserkrankungen und Geburten besonders geltend machen.

Der infantile Uterus verdient besondere Beachtung als Ursache dysmenorrhoischer Beschwerden, schwerer Konceptionsfähigkeit, habitueller Aborte, abnormer Kindeslagen, falscher Stellungen etc.

Mit schärferer Berücksichtigung der ursächlichen Momente werden für die Therapie verschiedentlich neue Gesichtspunkte gefunden werden.

Bei aller Begeisterung für die blutigen Eingriffe, muss man die konservativen Bestrebungen der letzten Zeit, wie sie durch die Massage, Elektricität und die verbesserte medikamentöse Behandlung eingeleitet wird, mit Freuden bezeichnen.

Sitzung am 1. April 1890.

Vorsitzender: Herr Hotte; Schriftführer: Herr Jacobsen.

Herr Hotte dankt zunächst den Mitgliedern für die ihm während seiner Krankheit bewiesene Theilnahme.

Herr Schütz berichtet über drei im allgemeinen Krankenhaus beobachtete Fälle von Eklampsie. Alle 3 Kranke wurden mit größeren Dosen Morphium behandelt und genasen. Die Anfälle traten bei den Betreffenden erst post partum auf. Zwei waren Mehrgebärende, eine Erstgebärende. Herr Schütz empfiehlt, daran anknüpfend, nach Veit's Vorschlag warm diese Behandlungsweise.

Herr Lewig erwähnt, dass schon vor 40 Jahren der hiesige Dr. Cohen Eklamptische mit Tinct. Opii in großen Dosen in Klystieren behandelt habe.

Herr Hotte und Herr Raether halten die post partum auftretende Eklampsie für die gefährlichste.

Herr Schütz empfiehlt, wenn in der Schwangerschaft starke Nephritis auftritt, die Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Dem widerspricht Herr Grapow, da nicht jede Nephritis zur Eklampsie führe.

Sitzung am 15. April 1890.

Vorsitzender: Herr Hotte; Schriftführer: Herr Lomer.

Herr Grapow demonstrirt Wachsausgüsse der Vagina.

Herr Raether bespricht Verordnungen von Hydrastis. Seitdem er gefunden, dass Kranke das Mittel seines schlechten Geschmackes halber nicht nahmen, verordnet er es in Gelatinekapseln, welche die Pat. sich selbst anfüllen.

Herr Aly giebt es in Wein.

Herr Hotte sah nach Gebrauch von Hydrastis Besserungen von Magenkatarrhen.

Herr May theilt folgenden Fall mit. 12jähriges Mädchen, vor 3 Wochen vom Scharlach geheilt. Heftige Eklampsie, 3‰ Eiweiß im Urin. Nachdem Chloroformnarkose, Morphiumeinspritzung, warme Bäder etc. ohne Erfolg angewandt worden waren, Pilokarpininjektion. Danach Schweißausbruch, Schlaf und Genesung.

Herr Raether sah keinen Erfolg von Pilokarpin.

Herr Aly warnt ebenfalls davor, er will Narkotica und Reizmittel geben.

Herr Grapow. Pilokarpin wurde auch zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt empfohlen, man kam aber in Folge der plötzlichen Todesfälle davon zurück.

Herr Schrader. Auch der Ersatz der Zange durch das Pilokarpin (sogenannte Sänger'sche flüssige Zange) ist aufgegeben.

Herr Schrader bespricht sodann die Frage, in wie weit die Hebammen zu geburtshilflichen Operationen zuzulassen seien.

An der Diskussion betheiligten sich die Herren Aly und Raether.

7) E. G. Orthmann (Berlin). Bericht über die A. Martin'sche geburtshilfliche Poliklinik.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 30.)

Den selbst in Gestalt eines kurzen Referates gegebenen Bericht in seinen Einzelheiten wiederzugeben ist hier nicht der Platz. Es sei nur hervorgehoben, dass die erst am 1. Nov. 1888 ins Leben gerufene M.'sche geburtshilfliche Poliklinik bis zum 31. December 1889 bereits in 469 Fällen in Anspruch genommen wurde, ein Beweis dafür, dass dieselbe neben den schon seit langer Zeit bestehenden Universitätsinstituten existenzberechtigt ist.

Aus dem mancherlei Interessantes bietenden Material seien 2 Kaiserschnitte bei relativer Indikation referirt:

I. 29jährige IVpara Conj. d. 9 cm. 3 Perforationen. Sectio caesarea nach Weheneintritt und Fruchtwasserabgang. Leicht asphyktisches Kind. Uterus wurde mit fortlaufender Juniperus-Katgut-Etagennaht (2 muskuläre, 1 seroseröse) vereinigt. Höchste Temperatur 38,4. Pat. am 20. Tag geheilt entlassen. Kind, das sich Anfangs gut entwickelte, starb nach $^1/_4$ Jahr an Brechdurchfall.

II. 31jährige VIpara. 1 Abort, 4 Perforationen. Conj. d. $9^1/_4$. Nach Weheneintritt Sectio caesarea. Uterusnaht wie im vorigen Fall. Etwas fieberhafter Verlauf; vom 5. Tag Abfall der Temperatur zur Norm. Pat. am 18. Tag geheilt entlassen. Kind gedieh bei künstlicher Nahrung gut. **Graefe** (Halle a/S.).

8) Anatomische Gesellschaft zu Paris. März und Juni 1889.

(Arch. gén. de méd. 1889. Juli.)

1) Aorta chlorotica. Tissier fand bei der Autopsie einer chlorotischen Frau, die unter den Erscheinungen eines fieberhaften Gastrointestinalkatarrhs gestorben war, den von Virchow so bezeichneten Zustand der Aorta chlorotica; die inneren Geschlechtsorgane waren normal, jedenfalls nicht hypoplastisch. In beiden Lungenspitzen leichte tuberkulöse Processe.

2) Eine primäre Tuberkulose des Uterus und der Tuben beobachtete Thiercelin. Die Erkrankung hatte sich unmittelbar an einen Abort angeschlossen und hält Thiercelin die Placentarstelle möglicherweise für den Einbruchsort der Infektion.

3) Eine Tubarschwangerschaft von 14monatlicher Dauer mit reifem Fötus operirte Reclus. Mantel hat die anatomische Untersuchung gemacht und den rein tubären Charakter der Schwangerschaft festgestellt. **Zeiss** (Erfurt).

9) Aus der Pariser académie de médecine.

(L'abeille méd. 1889. No. 54.)

Sitzung am 5. November.

Guéniot stellt einen 8tägigen Mikrocephalen vor, dessen Schädel bereits vollständig geschlossen und verknöchert ist. Weder Fontanellen noch Nähte sind nachweisbar. Der Schädel ist derartig reducirt, dass man auf den ersten Blick glauben könnte, es handle sich nicht um einen Mikro-, sondern Anencephalen. Das Kind ist wie die letzteren in Gesichtslage geboren. Die Mutter ist gesund. Vor 5 Jahren hat sie mit ihrem ersten Ehemann ein normales Kind gezeugt.

Dujardin-Beaumetz fragt nach der Lebensfähigkeit des Kindes.

Guéniot antwortet, dass es entschieden lebensfähig sei, dass die Intelligenz solcher Kinder aber sich nicht entwickle. — Ein anderer Mikrocephale, welchen er früher beobachtete, bewegte sich auf der rechten Hinterbacke mit Hilfe des rechten Armes fort. Bei der Autopsie fand sich eine beträchtliche Atrophie der rechten Hemisphäre, die 50 g weniger wie die linke wog.

Graefe (Halle a/S.).

10) F. Engelmann (Kreuznach). Neun Fälle von Uterusmyomen nach der Methode Apostoli's behandelt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 27.)

Die Resultate, welche E. mit der Apostoli'schen Methode erreichte — er hat sie bei A. selbst kennen gelernt (cf. Centralblatt 1889 No. 25) — sind nicht so

günstige, wie sie vielfach von anderer Seite berichtet worden sind. Eine Rückbildung der Geschwulst, welche sich durch Verkleinerung des Umfanges äußert, konnte er nur vereinzelt mit Sicherheit nachweisen. Bedeutend war sie nie. Dagegen wurde die erkrankte Schleimhaut in allen Fällen, so weit nachweisbar, annähernd in ihren normalen Zustand zurückgeführt, so dass die durch die Erkrankung bedingten Erscheinungen, Blutungen und Fluor, günstig beeinflusst wurden oder vollständig verschwanden.

Auch auf die Kompressionserscheinungen ließ sich stets ein günstiger Einfluss der Behandlung nachweisen; eben so wurden nervöse Erscheinungen gebessert.

Mehr als die bisher bekannten Methoden leistete die Behandlung vielfach nicht. Trotzdem betrachtet E. sie bei der Unsicherheit jener als eine werthvolle Ergänzung unseres Heilapparates.

Im Original finden sich die einzelnen Krankengeschichten mitgetheilt.

Graefe (Halle a/S.).

11) R. Frommel (Erlangen). Wiederholte Tubenschwangerschaft.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 23.)

F. theilt im Anschluss an die in der Deutschen med. Wochenschrift erschienene Arbeit Olshausen's über Extra-unterin-Schwangerschaft (cf. Ref. No. 30) einen von L. Tait (Brit. med. journ. 1888 No. 1428) und einen von ihm selbst beobachteten Fall mit, in welchem bei ein und derselben Person beide Eileiter nach einander der Einbettungsort eines befruchteten Eies wurden. In dem Taitschen (hier noch nicht referirten Fall) wurde zuerst wegen Berstung des rechten Eileiters mit Erfolg die Laparotomie gemacht. 18 Monate später kam die Frau ohne jede Komplikation am normalen Ende einer Uterinschwangerschaft spontan nieder. Nach 15 Monaten starb sie an den Folgen innerer Verblutung. Bei der Obduktion fand sich Ruptur einer linksseitigen, interstitiellen Gravidität.

F. selbst laparotomirte 1883 eine 33jährige Frau wegen rechtsseitiger intraligamentär entwickelter Tubengravidität ca. 10 Tage nach dem Fruchttod. Der Fruchtsack wurde, da Symptome der Zersetzung vorhanden, in den unteren Winkel der Bauchwunde eingenäht und nach der Scheide drainirt. Nach 14 Tagen leichte Entfernung der Placenta ohne Blutung. Darauf schnelle Verkleinerung des Fruchtsackes. Heilung nach weiteren 3 Wochen. — 4 Jahre später Ausbleiben der bis dahin regelmäßigen Menses. Seitdem heftige Schmerzen in der linken Seite des Abdomen. Nach 8 Wochen plötzlicher schwerer Collaps. Am anderen Tag Abgang von Gewebsfetzen aus dem Uterus unter geringer Blutung. Mikroskopische Untersuchung erwies dasselbe als charakteristisches Decidualgewebe. Es entwickelte sich eine große Haematocele retrouterina. Pat. genas.

Ohne Frage hat es sich hier also um eine wiederholte, das zweite Mal rechtsseitige Tubengravidität gehandelt. Sehr wahrscheinlich sind in solchen Fällen in beiden Eileitern gleiche, zum Zustandekommen einer Tubengravidität disponirende Momente vorhanden. Verf. führt als solche das von W. A. Freund beschriebene, auf fötalem resp. infantilem Standpunkt Verbleiben der Tuben bei manchen Frauen an. Diese weisen zahlreiche, korkzieherartige Windungen, besonders gegen das abdominale Ende hin, auf, welche Verengerungen des Lumens theils Divertikelbildungen bedingen. An einem Präparat von geborstener Tubengravidität konnte auch F. dies Verhalten der Tube nachweisen.

Entzündliche Processe der Schleimhaut oder der ganzen Tube, welche die erstere des Epithels entblößen oder dieses hochgradig verändern, kommen nach Verf. nicht in Betracht, da sie eine Weiterentwicklung des Eies nicht gestatten; wohl aber die von A. Martin beschriebene, katarrhalische Form der Salpingitis, welche eine allgemeine Hypertrophie der Schleimhaut zur Folge hat. Die Falten der letzteren können sich hier so zusammenlegen, dass jedes Lumen wegfällt; ja jene können unter einander verwachsen (Orthmann).

Die von verschiedenen Autoren als Polypen der Tubenschleimhaut beschriebenen Gebilde sind nach F.'s Befunden nichts Anderes als solche hypertrophische Falten.

Graefe (Halle a/S.).

12) Goodell. Tubenschwangerschaft.

(New York med. journ. 1889. Oktober 19. p. 442.)

In der med. Gesellschaft des Staates New York hatte Lusk einen Vortrag über die Tubenschwangerschaft gehalten, welcher eine Zusammenstellung der wichtigsten Thatsachen, zumal auch über die anatomischen Verhältnisse enthielt. In der sich daran knüpfenden Diskussion spricht G. seine Überzeugung aus, dass die in Rede stehende Abnormität weit häufiger sei, als man gewöhnlich glaube. Als Beweis dafür führt er an, dass Dr. Formad, welcher in Philadelphia als einer der Coroner fungirt, nicht weniger als 19 Präparate von Extrauterin-Schwangerschaft besitzt. Diese hat er gesammelt aus seinen Sektionen plötzlich verstorbener Frauen. Leider erfahren wir nicht, wie viel solche Sektionen er überhaupt zu machen hatte. Aber die Zahl ist gewiss sehr überzeugend!

Lühe (Demmin).

13) C. Bernays (St. Louis). Zwei Fälle von Extra-uterin-Schwangerschaft, durch den Bauchschnitt geheilt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 31.)

I. 28jährige I gravida. Menses seit $2^1/_2$ Monat ausgeblieben; plötzlicher heftiger Unterleibsschmerz; bald darauf Blutabgang. Seitdem anhaltende kolikartige Schmerzen und Blutung. Untersuchung ergab etwas vergrößerten Uterus. Derselbe durch einen im rechten Parametrium befindlichen, kleinfaustgroßen Tumor nach links verdrängt. Die auf Tubarschwangerschaft gestellte Diagnose wurde durch die Laparotomie bestätigt. Die wurstförmige Tube am Rectum und hinterer Beckenwand leicht adhärent. In der Bauchhöhle flüssiges und geronnenes Blut. Keine Toilette nach Abtragung des Tumors. Glatter Heilungsverlauf.

II. 25jährige II gravida. Blutung im 3. Monat. Abgang von Deciduafetzen. Plötzlicher Collaps; hochgradige Anämie; heftige Leibschmerzen. Laparotomie. Sehr starker Bluterguss in abdomine (ca. 4 Liter). Rechtseitiger Tubentumor, an dem sich jedoch nur ca. 2 cm des uterinen Endes der Tube betheiligt, während der größere Theil sich im rechten Uterushorn entwickelt hatte. Die den Eisack abbindende Ligatur umfasste letzteres. B. spricht daher die Gravidität für eine interstitielle an. Keine Toilette. Günstiger Heilungsverlauf.

Graefe (Halle a/S.).

14) Smith. Späte Schwangerschaft.

(Med. record 1889. Oktober 12. p. 399.)

S. sah eine Frau von 52 Jahren mit Zwillingen niederkommen. Das jüngste ihrer 8 Kinder, welche sämmtlich am Leben waren, war 10 Jahre alt.

Lühe (Demmin).

15) R. Jackson. Bericht über Amputation eines schwangeren Uterus durch Lawson Tait.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 31.)

Tait führte die in der Überschrift genannte Operation in 13 Minuten aus. Abgesehen von dieser erstaunlichen Schnelligkeit ist nur zu erwähnen, dass nach Extraktion des Kindes in das Uterusgewebe oberhalb der Incision ein großer Korkzieher gebohrt wurde, mittels dessen die Gebärmutter nach unten und vorn geführt wurde. Die um den Cervix gelegte Gummiligatur wurde durch eine starke, vernickelte Stahlnadel derart fixirt, dass jene erst durch den Schlauch, dann durch den Uterus, schließlich wieder durch den Schlauch gestochen, letzterer oberhalb noch einmal um den Uterus geführt und geknotet wurde. Der Stumpf wurde mit einer Lösung von Eisenchlorid und Glycerin abgewischt, dann die Bauchwunde um ihn herum geschlossen. Er stieß sich am 12. Tage ab. Mutter und Kind blieben am Leben.

Graefe (Halle a/S.).

16) Thomas More Madden (Dublin). Über Amputation des Cervix bei Uteruscarcinom und Laceratio cervicis.

(Dublin journ. of med. science. 1889. März.)

Beim Lesen dieser Arbeit bekommt man den Eindruck, dass Verf. sich doch noch keine rechte Mühe gegeben hat, die jetzt in Deutschland erreichten Resul-

tate der Totalexstirpation bei Uteruscarcinom in ihrer Gesammtheit zu übersehen und zu Bildung seines Urtheils zu verwenden; lange nicht die Mühe, mit welcher er, s. Theil antiquirte, Stimmen für die Amputation zusammenträgt.

Verf. stimmt mit Emmet überein, dass mindestens die Hälfte der Beschwerden aller geboren habenden Frauen auf Cervixlacerationen zurückzuführen sind. Die Fälle von Laceration, wo er, statt der E.'schen Operation, die Amputation gemacht haben will, sind: starke Verunstaltungen durch sternförmige Fissuren, starke, gleichzeitige Hypertrophie der Lippen, mit reichlicher Bildung von Nabothseiern — namentlich bei bestehender erblich-carcinomatöser Belastung.

Zeiss (Erfurt).

17) J. Rendu (Lyon). Atresie des Cervix, kompleter Dammriss nach einer Entbindung, Operation,

(Lyon med. 1889. Juni 16.)

32jährige Ipara, Eklampsie, Zange, umfangreiche Verletzungen, siebenwöchentliches Krankenlager; vollständiger Dammdefekt, starke Narben in der ganzen Länge der Vagina, Narbenverschluss des Cervix. Molimina menstr. ohne Blutabgang. Blutige Eröffnung, Pressschwamm, Peritonitis; später Wiederherstellung des Dammes und der Kontinenz.

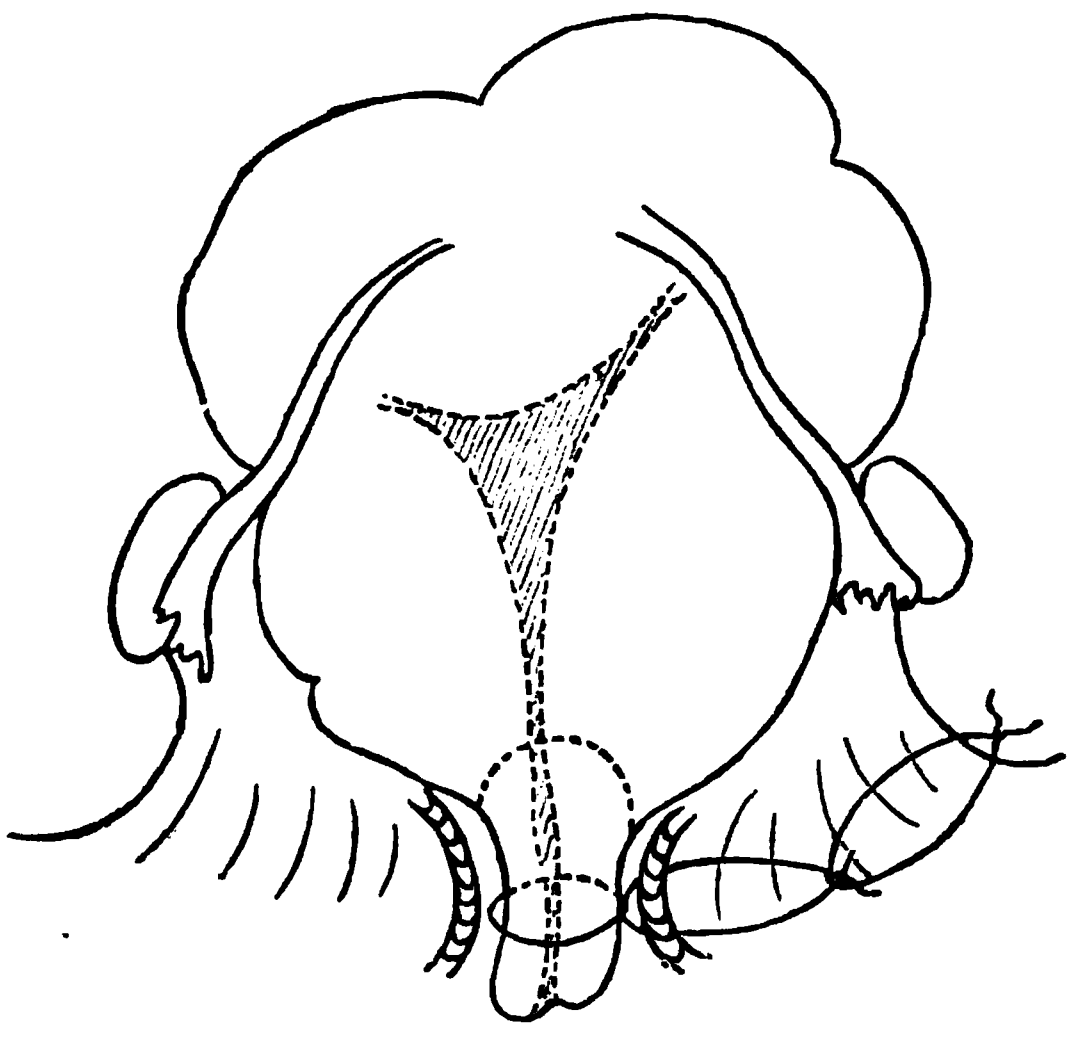
Ob Hämatometra bestand, ist nicht gesagt. Für die Entstehung der Peritonitis weiß Verf. keine Erklärung. **Zeiss** (Erfurt).

18) Kocher (Bern). Zur intraperitonealen Stielbehandlung bei Hystero-Myomektomie.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1890. No. 13. Juli.)

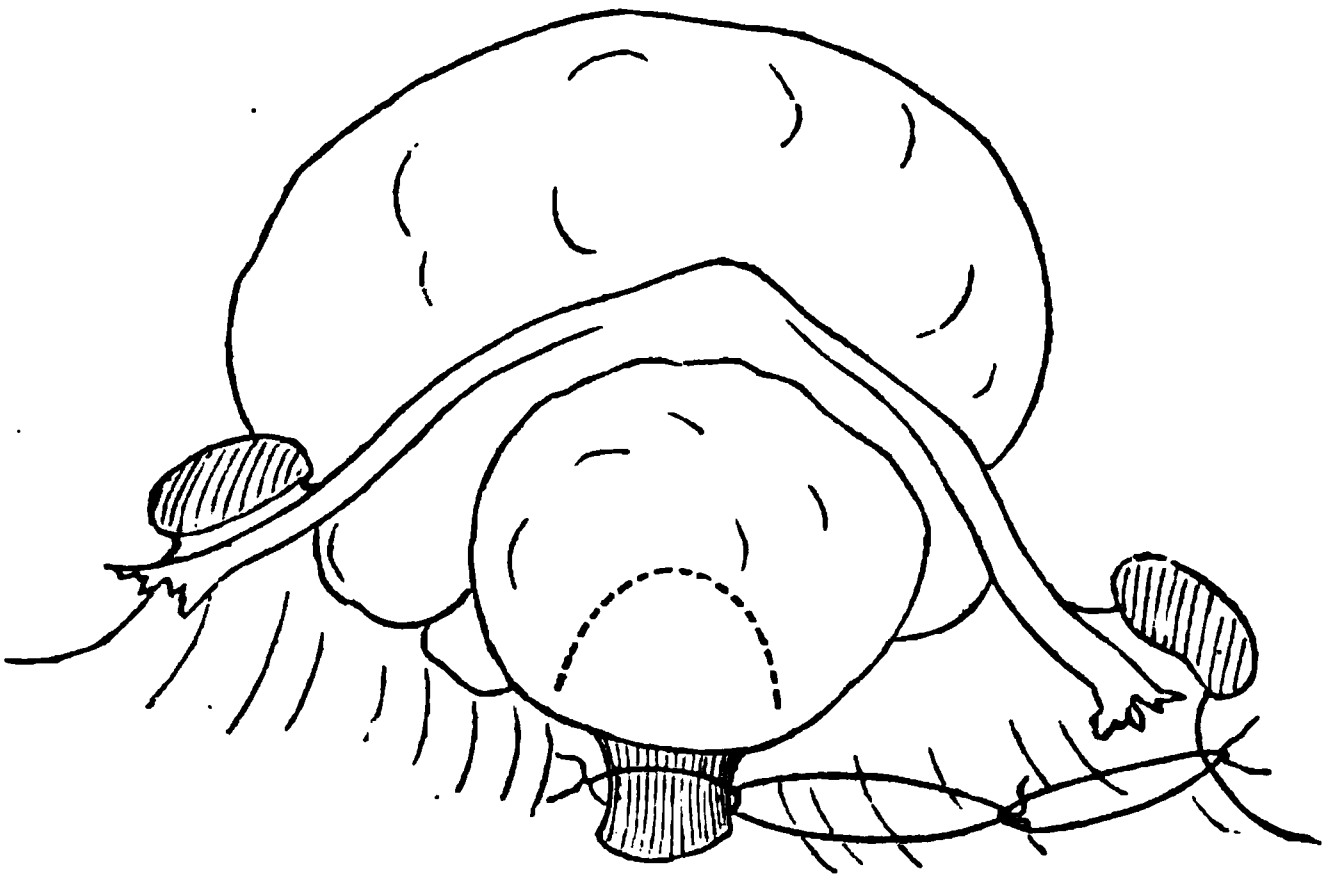
Verf. beschreibt ein neues, einfaches aber sinnreiches Verfahren bei der intraperitonealen Stielbehandlung, welches ihm selbst in ganz schwierigen und komplicirten Fällen vorzügliche Dienste geleistet hat. Es ist nach Verf. zulässig, den Uterus selber bei Fibromyomen, Fibrokystomen und Sarkomen wie den Stiel eines Ovarialkystoms zu behandeln. In dem ersten Falle, welcher nach K.'s Methode operirt wurde, handelte es sich Anfangs um ein gewaltiges, das ganze Abdomen ausfüllendes Myoma subserosum. Der Stiel wurde ligirt und der Tumor seiner Zeit abgetragen. Nach Jahresfrist war das ganze Corpus uteri von intramuralen Geschwülsten eingenommen. Zuerst wurden die Lig. lat. jederseits in 2 große Portionen doppelt unterbunden. Die Lig. lata wurden so getrennt, dass gegen den Uterus zu ein Stück Peritoneum erhalten wurde. Jetzt wurde unmittelbar oberhalb der Ligatur, welche die Art. uter. umfasste, eine Ligatur aus mehrfachen, aber dünnen Seidenfäden um den Uterus herumgelegt, zusammengeschnürt und geknotet (Fig. 1). Abtragung des Tumors nach Schroeder. Energisches Ausbrennen der Schleimhauthöhle mit dem Thermokauter, den man bis über die Ligaturstelle nach unten hereinstoßen und so gründlich das Cavum uteri desinficiren konnte. Glatter Verlauf. Den schnü-

Fig. 1.



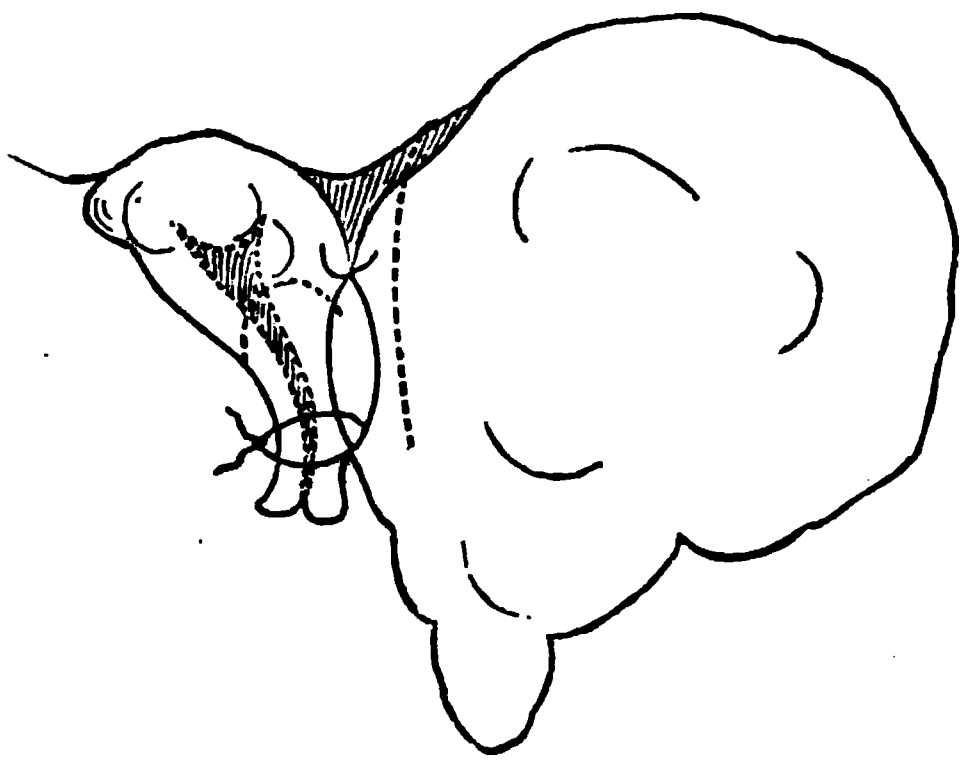
renden Faden lässt man liegen. Die wunden Flächen des Stumpfes kommen zur Verklebung, wie normal ernährte Flächen. Im 2. Falle zeigten sich die Lig. lata breit vom Beckenrande erhebend und über den größten frontalen Umfang des Tumors herauflaufend. Sie wurden ebenfalls jederseits in je 2 Portionen mit Seide unterbunden. Hierauf 4facher Seidenfaden unterhalb der Tumoren um den Vaginal-

Fig. 2.



theil des Uterus herumgeführt, aber nicht fertig geknotet, sondern vom Assistenten angezogen erhalten (Fig. 2). Enukleation der Myome. Während der Enukleation energisches Anziehen des Fadens. Amputatio supravaginalis. Den 3. Fall, ebenfalls mit glattem Verlauf, illustrirt die Skizze Fig. 3. Fall 4 und 5 betreffen Myomektomien ohne Eröffnung der Uterushöhle. Im 6. Falle waren die intramuralen Tumoren bis in das linke Lig. lat. hinein entwickelt. K. ging so vor, als hätte er es mit einem Tumor des Lig. latum zu thun und erst nach dessen völliger Freimachung resp. Abtragung schritt er wegen der Anwesenheit multipler Uterusfibrome zur Amputatio uteri supravaginalis.

Fig. 3.



Dass man den Seidenfaden um den Uterus ohne Furcht vor einer Nekrose des Uterusstumpfes liegen lassen kann, erklärt K. auf die Weise, dass seiner Ansicht nach der Seidenfaden einschneidet, und so die tieferen Gewebe entlastet. Der Seidenfaden nimmt viel weniger Raum weg und die Behandlung des Stumpfes ist desswegen erheblich leichter. Durch das Liegenlassen des Fadens kann man ferner über die definitive Blutstillung viel sicherer urtheilen und die Vereinigung der keilförmig ausgeschnittenen Uterusflächen exakter besorgen. Man kommt mit einer viel geringeren Zahl von Suturen aus, weil der cirkuläre Seidenfaden jede stärkere Blutung hintanhält. Auch hat die K.'sche Methode den Vortheil vor der bloß momentanen elastischen Umschnürung, dass der Cervicalkanal abgeschlossen wird. Allerdings schließt der cirkuläre Seidenfaden den Cervikalkanal auch nicht bleibend ab, da er allmählich durchschneidet, aber gerade für die ersten Tage, wo die Verklebung der genähten Wunde zu Stande

kommen soll, bietet er vollständigen Schutz vor Infektion vom Cervicalkanal aus. Verf. wirft die Frage auf, ob nicht unter Berücksichtigung der Möglichkeit, dass nach längerer Zeit ein durch die Tiefe des Uterusstumpfes durchgeführter Seidenfaden vom Cervicalkanal her noch inficirt wird, es gerathen wäre, bei seiner Methode bloß eine fortlaufende verlässliche Serosanaht anzulegen? sie würde seiner Ansicht nach wohl genügen. Die frühe Enucleation kleiner Myome aus dem Uterus würde erleichtert und in ihrem Enderfolg gesichert werden, wenn es sich durch weitere Verfolgung der K.'schen Methode zeigen sollte, dass man auch den intakten Uterus ohne Schaden für dessen Ernährung im Bereich des inneren Muttermundes mit einer Ligatur umschnüren und liegen lassen würde. Man würde nach K. auf die Weise vorzugehen haben, dass man beiderseits in der Höhe des inneren Muttermundes das Lig. latum mit einer Aneurysmanadel so durchstäche, dass die Art. uterina rechts und links mit in die Schnürstelle hereinfiele. Bei der Kommunikation mit der Spermatica interna würde wohl die Ernährung des Uterus keinen Schaden erleiden.

Auch vereinfacht die K.'sche cirkuläre Seidendauerligatur in Fällen, in welchen auf die Funktion der Ovarien und des Uterus nicht Rücksicht genommen zu werden braucht, Enukleationen und Myomotomien, bei welchen die Ligatur des Geschwulststieles Schwierigkeiten macht. Man könnte dann auch die Art. sperm. im Lig. lat. ev. umstechen und ligiren. **v. Święcicki** (Posen).

19) **Lucas Championnière.** Innere Behandlung der Fibrome.

(Lyon méd. 1889. Mai 19. aus Rev. gén. de clin. et de thér. 1889. Mai 9.)

C. empfiehlt nach seinen letzten Erfahrungen angelegentlichst den Gebrauch der Sabine. Dieselbe muss 0,50 cg täglich, 1mal früh, mehrere Jahre gegeben werden, 3 Wochen in jedem Monat. Die Schmerzen sollen verschwinden, die Blutungen mäßiger und regelmäßig werden, die Geschwülste selbst abnehmen; die Obstipation sich vermindern und die Entleerung des Urins sich regeln.

In Verbindung mit dem Gebrauch der Sabina lässt C. in Selies, Salins oder Kreuznach baden; aber nur baden. **Zeiss** (Erfurt).

20) **Bokström** (Jönköping, Schweden). Fibromyoma intraligamenta uteri. Operation; Heilung.

(Hygiea 1889. Bd. LI. No. 5. p. 277—78.)

Die Geschwulst, die von der rechten Gebärmutterkante breitbasig ausging, wurde ohne Eröffnung der Gebärmutterhöhle ausgeschält; der gebildete Stiel wurde vernäht und versenkt. Glatte Heilung.

Leopold Meyer (Kopenhagen).

21) **Naumann** (Helsingborg, Schweden). Cysta ovarii; Peritonitis; Partus praematurus. Ovariotomie, Heilung.

(Hygiea Bd. LI. No. 5. p. 281—282.)

Die 29jährige Frau wurde in einem äußerst elenden Zustande aufgenommen. Es wurde mitgetheilt, dass sie schwanger gewesen war, dann hatten sich vor 3 Wochen Zeichen einer Bauchfellentzündung eingestellt, und sie hatte zu früh geboren (wie viel zu früh wird nicht gesagt). Der Arzt hatte dann eine Unterleibsgeschwulst entdeckt und, da die Pat. eine Operation verweigerte, 2mal dieselbe punktirt; beide Mal wurde eine große Menge heller Flüssigkeit entleert. Bei dem Bauchschnitt zeigte sich die Cyste überall adhärent, aber unschwer ausschälbar. Der Stiel ein halbes Mal um seine Achse rotirt. Die Cystenflüssigkeit (über 11 kg) war klar. Die Punktionsöffnung war noch offen. Auf dem ganzen Beckenperitoneum und noch höher hinauf reichliche peritonitische Ablagerungen. Die Bauchhöhle wurde gründlich mit lauwarmer Borsäurelösung ausgespült. Keine Drainage. Die Bauchwunde heilte p. p. i. Aber am 13. Tage p. o. öffnete sich dieselbe wieder; es wurde erst helle, seröse Flüssigkeit, dann Eiter und fibrinöse Masse entleert. Drainage, langdauernde Rekonvalescenz. Heilung.

Leopold Meyer (Kopenhagen).

22) **O. Engström** (Helsingfors). Über Ovariotomie während der Schwangerschaft.

(Finska Läkaresällsk. Handl. 1889. Bd. XXXI. No. 7. p. 539—559.)

Verf. spricht sich für die Ovariotomie und gegen Exspektation oder Punktur aus, wenn eine Eierstockscyste während der Schwangerschaft entdeckt wird, die Gefahren berücksichtigend, die durch diese Komplikation sowohl Mutter wie Kind bedrohen. Auch nach der Geburt, im Wochenbette, können Gefahren für die Mutter entstehen, durch Stieltorsion, durch nekrotischen Zerfall der Geschwulst und durch Kompression des Cervicalkanales.

Verf. hat die Ovariotomie in der Schwangerschaft 7mal ausgeführt (in dem 2. Monat 2mal, im 3. Monat 1mal, im 4. Monat 2mal, im 6. Monat 1mal und im 7. Monat 1mal). Alle Fälle verliefen glatt. In einem Falle (im 2. Monate operirt), wo die Pat. an habituellem Abortus litt, tritt ein solcher 6 Wochen p. o. ein; in den übrigen Fällen verlief die Schwangerschaft ohne Störung. Die Indikation zur Operation wurde nur durch die Anwesenheit der Geschwulst gegeben.

Leopold Meyer (Kopenhagen).

23) **Naumann** (Helsingborg, Schweden). Tuberculosis peritonei. Laparotomie, Heilung.

(Hygiea Bd. LI. No. 5. p. 283.)

11jähriges Mädchen. Laparotomie und Ausspülung mit Borsäurelösung, und da sich der Ascites reproducirte, später 2mal Punktion. Der Ascites sammelte sich doch wieder, entleerte sich z. Th. durch die Narbe, verschwand allmählich, und 14 Monate nach der Operation war Pat. völlig gesund. — Die Diagnose Tuberkulose scheint nicht mikroskopisch festgestellt worden zu sein.

Leopold Meyer (Kopenhagen).

24) **Robert O'Callaghan** (Dublin). Die Behandlung der tuberkulösen Peritonitis durch Laparotomie und Auswaschung des Peritoneums ohne Drainage.

(Dublin journ. of med. science.)

Verf. theilt einen Fall, vor einem Jahre operirt, seitdem gesund geblieben, ausführlicher mit; 15jähriger junger Mann. Hat seitdem einen weiteren mit Erfolg operirt. Verf. wird in Zukunft kein Bedenken tragen, bei jedem Ascites auch nur einigermaßen zweifelhafter Herkunft das Abdomen zu öffnen und sich vom Stande der Dinge zu überzeugen.

Die bisher operirten, nach richtig gestellter Diagnose in bewusster Absicht operirten Fälle sind zusammengestellt.

Zeiss (Erfurt).

25) **W. F. Murray** (Edinburg). Fall von intra-uterinem Hydrocephalus.

(Edinburg med. journ. 1889. Oktober.)

Ipara, Kopf hoch über dem Becken, kaum zu erreichen; Beckeneingang nach Schätzung mit der Hand auf wenig über 3 Zoll verengt. Zange gleitet ab, Wendung misslingt, Perforation, Extraktion, normales Wochenbett.

Zeiss (Erfurt).

26) **Millbank.** Ein brauchbares Galactagogum, »Nutrolactis«.

(New York med. journ. 1889. November 16. p. 544.)

M. ist Arzt in einem Kinderasyl und hat ein Jahr lang Versuche mit dem unter dem Namen »Nutrolactis« verkauften Thee gemacht, welcher aus mehreren Droguen: Galega officinalis und Apolinea, Tephrosia virginica zusammengesetzt ist. Es soll durch seinen Gebrauch, einen Esslöffel des Aufgusses 2—3mal täglich, bei Stillenden eine entschiedene Vermehrung der Milch hervorgebracht werden.

Lühe (Demmin).

27) **Coe.** Ein erfolgreicher Fall von Laparotomie mit supravaginaler Uterus-Amputation bei Ruptur.

(Med. record 1889. November 2. p. 478.)

Bei einer Gebärenden war ein großer Riss der Gebärmutter eingetreten, durch welchen der Kindskopf in die Bauchhöhle ausgetreten war. Es wurde von dem dazu gerufenen Verf. sofort der Bauchschnitt gemacht, der Uterus hervorgewälzt, das todte Kind entwickelt und dann nach Konstriktion mit einem Gummischlauch die supravaginale Amputation gemacht, der Stumpf in die Bauchwunde befestigt. Glatte Heilung. Diese Operation unterscheidet sich nur dadurch vom Porroschen Kaiserschnitt, dass der Schnitt in den Uterus fortfiel, statt dessen der Riss zur Entwicklung des Kindes benutzt wurde. Ähnliche Operationen sind schon 14 veröffentlicht, welche hier aufgeführt werden, 5 Genesungen. **Lühe** (Demmin).

28) **Price.** 500 Entbindungen ohne Todesfall im Preston Retreat.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1889. Oktober 26. p. 585.)

Seit über 5 Jahren sind in dem genannten Entbindungshause zu Philadelphia, welches für arme aber anständige verheirathete Frauen bestimmt ist, unter 500 Geburten keine Todesfälle mehr vorgekommen. Dieser Erfolg ist durch Einhaltung der äußersten Sauberkeit erreicht worden. Jede Kreißende erhält ein warmes Seifenbad, ein Klystier und eine Scheidenausspülung von Sublimatlösung 1 : 2000. Erst so gereinigt kommt sie in den Kreißendensaal. Es befinden sich in der Zahl der 500: 52 Zangenoperationen, meist wegen enger Becken, 3 eingeleitete Frühgeburten, 3 Wendungen, 1 Placenta praevia, 5 Steiß- und 1 Gesichtslage, 12 Todgeburten. **Lühe** (Demmin).

29) **Northrup.** Skleroma neonatorum.

(Med. record 1889. Oktober 12. p. 416.)

Ein am 9. Tage nach der Geburt gestorbenes Mädchen zeigte ein typisches Sklerom der Haut. 4 Tage vor dem Tode betrug seine Temperatur im Mastdarm nur 36° C. und sank später so tief, dass die Skala der gebräuchlichen Thermometer nicht ausreichte. N. glaubt, dass die eigenthümliche Härte des Unterhautfettgewebes auf der Gerinnung des bei Neugeborenen stets darin befindlichen Stearins und Palmitins beruhe, wenn die Körpertemperatur abnorm sinkt.

Lühe (Demmin).

30) **L. Picqué** (Paris). Angeborener Mangel der Scheide. Rudimentärer Uterus, normale Tuben und Ovarien. — Autoplastische Operation; Bildung einer künstlichen Vagina. Heilung.

(Annal. de gynéc. 1890. Februar.)

Gut entwickeltes Mädchen von 17½ Jahren, hat nie Molimina gehabt. Vor 1½ Jahren wurde sie durch vergebliche Coitusversuche auf ihren Fehler aufmerksam, dann wurde der Coitus per anum ausgeführt. Mit Mühe wurde ein ca. 6 cm langer Gang geschaffen und zum Theil mit der sorgfältig geschonten Schleimhaut eines vorhandenen kleinen Blindsackes, zum Theil mit einem Hautlappen ausgekleidet. Wegen narbiger Retraktion kehrte aber Pat. einige Zeit nach der »sogenannten« Heilung zu ihrem alten Verfahren zurück. **Heyder** (Leipzig).

31) **P. Libon.** Einige Betrachtungen über die Gefahren der Zange.

(Journ. d'accouch. 1889. No. 22.)

L. warnt vor allzu häufiger Anwendung der Zange, da durch sie sehr oft Zerreißungen der Scheidenwände entständen, welche zu puerperalen Erkrankungen führten. Er theilt einen einschlägigen Fall mit. Zum Schluss empfiehlt er einen Intra-uterinkatheter, welcher in seinem unteren Theil aus einem Rohr, in seinem oberen aus zweien, welche einen freien Raum zwischen sich lassen, besteht. Dieser sichert den Abfluss der Spülflüssigkeit. **Graefe** (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASSN.

Centralblatt für GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 42. Sonnabend, den 18. Oktober. **1890.**

Inhalt: **Leopold**, Über Beckenhochlagerung bei Laparotomien. (Orig.-Mittheilung.)

1) **Landau**, Brustdrüse. — 2) **Schmidt-Rimpler**, Blennorrhoe. — 3) **Delbet**, Drainage des Peritoneum. — 4) **de Fresnay**, Steißlage. — 5) **Roux**, Gonococcus. — 6) **Barth**, Salpingitis.

7) Gynäkologische Gesellschaft zu Hamburg. — 8) **Bardenheuer**, Milzresektion. — 9) **Lomer**, Geburt und Ovarientumor. — 10) **N. Flaischlen**, Carcinomoperation. — 11) **Montgomery**, Vaginale Hysterektomie. — 12) **Amann**, Influenza. — 13) **Fry**, Geburtszange. — 14) **Wathen**, Kraniotomie. — 15) **Hall**, Apostoli's Klinik. — 16) **Prentiss**, Uterusmyome.

Über Beckenhochlagerung bei Laparotomien.

Von

G. Leopold.

Seit Anfang März dieses Jahres habe ich bei den Laparotomien die von Trendelenburg empfohlene Beckenhochlagerung in einer fortlaufenden Reihe von 64 Fällen angewandt, nachdem ich die großen Vorzüge derselben vor der wagerechten Lage der zu Operirenden schon im vergangenen Jahre in mehreren Fällen schätzen gelernt hatte.

Bis dahin hatte ich mich bei allen Laparotomien des von Landau angegebenen Operationstisches bedient, dessen Einfachheit, leichte Instandhaltung und Klappvorrichtung für den Verband mich ganz befriedigt hatte. Leider erfüllte auch er nicht den Wunsch, — wie dies jedoch mit allen wagerechten Tischen der Fall ist — den Zuschauern einen vollen Einblick in das Operationsfeld, namentlich in die Beckenhöhle zu gewähren. Selbst diejenigen, welche auf Stühlen oder Galerien in der Nähe stehen, werden vor den Köpfen des Operateurs und der Assistenten so gut wie Nichts sehen.

Ganz anders bei Beckenhochlagerung. Die Därme sinken nach dem Zwerchfell zu; das Becken wird frei. Das hier und da lästige Vordrängen der Därme selbst bei ruhiger Narkose kommt kaum zur Beobachtung. Mit einem großen breiten Schwamm im oberen Wundwinkel, den ich den Mullservietten vorziehe, dämmt man die Därme

von der oberen Bauchhöhle ab und eine Eventration der Därme zur Freilegung etwa verwickelter Verhältnisse im Becken ist ganz unnöthig.

Nun lassen sich die Organe im Becken vortrefflich übersehen. Die Verlöthungen zwischen Mastdarm und Gebärmutter; die verschiedenen Formen der chronischen Salpingitis und Oophoritis und die gegenseitige Lagerung der kranken Organe; beginnende Tubenschwangerschaften; die verschiedenen Methoden der Stielunterbindung und -Vernähung; ferner die quere Vernähung des Beckenbauchfells nach gänzlicher Herausnahme des Uterus von oben her u. A. m., Alles dies lässt sich den Zuschauern deutlich an der Lebenden demonstriren.

Statt vieler Worte erläutern die nebenstehenden Figuren Alles am schnellsten. In Figur 2 hält die linke Hand des Assistenten den

Fig. 1.

Stellklappe
Stütze
Heizunterpostell

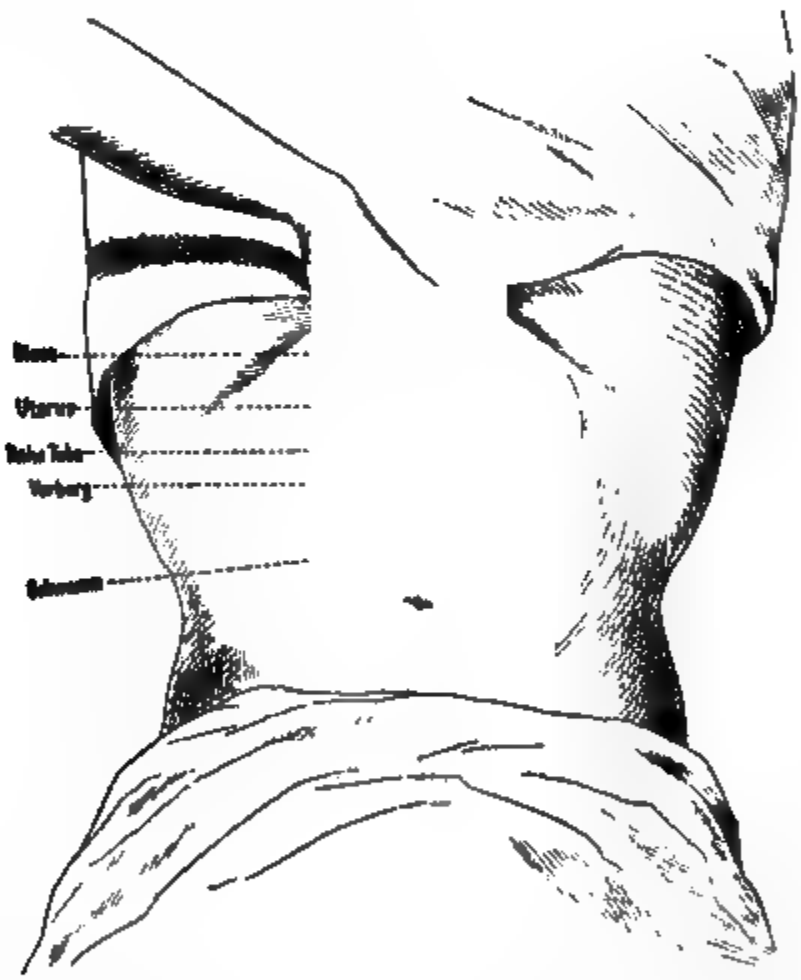
unteren Wundwinkel aus einander. Ein großer Schwamm hält die Därme nach oben zurück. Über ihm kommt der Vorberg zum Vorschein. Der Uterus ist etwas herabgesunken; die linke schwangere Tube drängt sich in die Wunde herein und ist leicht abzubinden. Oben wölbt sich der Grund der Blase etwas vor. Nach unreinlichen Operationen lässt sich bei gut einfallendem Lichte jeder Winkel der Beckenhöhle genau übersehen. Bei Herausnahme der ganzen Gebärmutter von oben her z. B. lassen sich die Ligamente, die Arterien, die Ureteren in einer Weise klar legen, wie es bei wagerechter Lagerung kaum möglich ist.

Figur 1 zeigt die Kranke in Beckenhochlagerung und die Stellung des Operateurs und der Assistenten. Ob sich der erstere auf der rechten oder linken Seite befindet, ist lediglich Sache der Einübung. Ich ziehe die rechte Seite vor. Der rechte Arm ermüdet

nur in den ersten Fällen. Wenn nöthig, findet er an den Oberschenkeln der Kranken eine bequeme Stütze.

Die Vorrichtung zum Hochlagern, welche ich mir habe anfertigen lassen, ist außerordentlich einfach. Sie besteht aus einem Holzuntergestell, 128 cm lang und 50 cm breit, mit welchem durch ein Charniergelenk eine Stellklappe verbunden ist, deren unterer kürzerer Theil, auf den die Unterschenkel zu liegen kommen, gegen den oberen längeren Theil (98 cm lang), auf welchem das Becken und die Oberschenkel ruhen, bis zu einem rechten Winkel nach unten abgebogen werden kann. Durch eine Stütze kann die Stellklappe vom Untergestell bis auf 51 cm hoch erhoben werden, so dass die Stütze mit dem oberen Theil der Stellklappe einen Winkel von ungefähr 30° bildet. Je länger man die Stütze macht, um so mehr kann man die Beckenlagerung beliebig erhöhen.

Fig. 2.



Die ganze Vorrichtung befindet sich auf dem Landau'schen Tisch mit 2 Eisenschrauben angeschraubt. Selbstverständlich kann jeder andere genügend lange, schmale und feste Tisch zum Daraufschrauben verwendet werden. Während der Vorbereitung zur Operation liegt die Kranke noch auf der wagerechten Stellklappe; unmittelbar vor der Operation aber wird die Klappe erhoben. Sie kann jederzeit während der Operation, sei es, dass eine Narkosenstörung eintritt oder die Horizontallagerung vorübergehend zweckmäßig erscheint, wieder heruntergelassen werden. Letzteres geschieht stets nach Schluss der Bauchwunde vor Anlegung der oberflächlichen Nähte.

Nachtheile durch diese Hochlagerung für die Kranken hat man

nicht zu befürchten. Einzelne Kranke werden, wie es scheint, leicht cyanotisch. Ab und zu trat auch bei bronchitischen Kranken nach der Operation vermehrter Hustenreiz auf. Jedenfalls sind aber nennenswerthe Störungen nie vorgekommen. Die Vorzüge der Beckenhochlagerung sind bei allen Arten der Laparotomien so große, dass ich mich namentlich bei allen schwereren Fällen keiner anderen Lagerung bedienen möchte.

In der fortlaufenden Reihe der letzten 64 Laparotomien befanden sich 21 Ovariotomien, 6 Kastrationen, 5 extraperitoneale Myomotomien, 8 Entfernungen des ganzen Uterus von oben her, 6 Kaiserschnitte, 8 Extra-uterin-Schwangerschaften u. A. m.

Die Vorrichtung kann jeder Tischler anfertigen. Sie kostet nur 18 ℳ.

---

1) **Th. Landau** (Berlin). Über einige Anomalien der Brustdrüsensekretion.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 33.)

L. weist darauf hin, dass Sekretion der Brustdrüsen keineswegs nur in der Schwangerschaft oder nach der Geburt, sondern, wie allbekannt, schon beim Neugebornen, in der Pubertät und auch nach dem Klimakterium vorkommt. Er theilt zunächst einen Fall mit, in welchem bei einer Nulligravida beide zu Dermoidcysten degenerirte Eierstöcke entfernt waren. Nach etwas mehr als einem Jahr schwollen beide Brüste unter stechenden Schmerzen in den Warzen an, entleerten Anfangs nur auf Druck, später spontan weiße Milch. Während einer mehrmonatlichen Beobachtung blieb der Zustand unverändert. Möglich, dass es sich um die Folgen einer eingebildeten Schwangerschaft handelte. Pat. hegte thatsächlich eine solche Hoffnung.

Des Weiteren berichtet Verf. über eine Frau, welche mit der Klage in die Klinik kam, dass ihr Kind die eine Brust sehr gut nehme, die andere zurückstoße. Beide Brüste waren gut entwickelt, gaben reichlich Milch auf Druck. Aber wie die Pat. selbst schon ausfindig gemacht, die Milch der einen Brust schmeckte süß, die der anderen salzig.

L. Landau beobachtete eine 31jährige Frau, welche in ganz regelmäßigen 4wöchentlichen Intervallen Blut aus einer, meist aus beiden Brüsten absonderte.

Dass das Auftreten eines anormalen Sekrets aus einer Brust bei Frauen in den klimakterischen Jahren keineswegs immer Folge maligner Tumorenbildung ist, dafür sprechen 3 während der letzten Zeit in der L.'schen Klinik gemachte Beobachtungen. Die eine wird ausführlich mitgetheilt. Sie betrifft eine 46jährige Frau, welche 4mal geboren hatte. Sie bemerkte seit einiger Zeit, dass ihre linke Brust anfänglich gelbgrünliche, später rosa, schließlich ganz dunkle, selbst schwarze Flüssigkeit absonderte. Am Tag, wenn Pat. ein Korsett trug, hörte die Absonderung auf. Einspritzung einer Flüssigkeit — wahrscheinlich Jodtinktur — in die Mamilla hatte nur ein 14tägiges Cessiren zur Folge.

Die Untersuchung der entleerten Flüssigkeit ergab, dass es sich um Milch mit Blut untermischt handelte. Die Brüste waren normal, nur die linke, secernirende, weicher als die andere. Genitalbefund, abgesehen von einer Retroflexio uteri mobilis, auch normal.

Die abnorme Sekretion wurde durch 4malige (in 3—5tägigen Pausen) Anlegung eines Druckverbandes dauernd beseitigt. L. sieht in ihr eine Spätlaktation, wie sie bei verschiedenen Völkern, besonders den Kaffern, physiologisch vorkommt. **Graefe** (Halle a/S.).

---

2) **Schmidt-Rimpler** (Göttingen). Bemerkungen zur Ätiologie und Therapie der Blennorrhoea neonatorum.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 31.)

S.-R. ist im Gegensatz zu anderen Autoren, vor Allem Bumm, der Ansicht, dass bei Neugeborenen Blennorrhoen vorkommen, die klinisch eben so wie die durch gonorrhoische Infektion bedingten verlaufen, aber einer anderen Ursache ihre Entstehung verdanken. Er theilt mehrere Fälle, welche dieselbe stützen, mit und räth überall bei vorhandenem Fluor, auch wenn dieser nicht gonorrhoischer Natur ist, die prophylaktische Behandlung der Augen des Neugeborenen einzuleiten. Einfache Auswaschungen mit Wasser reichen aber, selbst nach vorausgegangener desinficirender Scheidenausspülung, nach seinen Erfahrungen durchaus nicht in allen Fällen aus. Verf. empfiehlt die officinelle Aqua chlori zur Einträufelung, von deren ungewöhnlich stark desinficirender Wirkung er sich auf dem Wege des Experiments überzeugt hat. Von der Conjunctiva wird sie sehr gut vertragen. In einem dunklen, mit Gummistopfen verschlossenen Glas und an kühlem Ort kann man sie 3—4 Wochen aufbewahren, ohne dass sie durch Zersetzung an Wirksamkeit verliert.

Auch beim Auftreten der Blennorrhoe selbst und im ersten Stadium empfiehlt S.-R. das Einträufeln von Aq. chlori. (2mal täglich); gleichzeitig Umschläge mit 2%iger Borsäurelösung, die durch hineingelegtes Eis kalt gehalten wird. Letztere können in 1—2stündlichen Pausen gemacht werden. **Graefe** (Halle a/S.).

---

3) **P. Delbet** (Paris). Experimente und Betrachtungen über die Drainage des Peritoneums.

(Annal. de Gynécologie 1890. Februar und März.)

D. stellte eine Reihe von Experimenten an, deren Gang und Resultate hier kurz geschildert werden sollen. An Leichen machte D. die Laparotomie, füllte Wasser in die Bauchhöhle und schloss diese wieder nach Einlegung einer Glas- oder Kautschukdrainage mit oder ohne seitlichen Öffnungen. Bei Druck auf den Bauch kam kein Tropfen der Flüssigkeit aus der Drainage; wurde die Röhre heftig auf und abbewegt während des Druckes, so erfolgte nur ein spritzweises Hervorschießen eines Wasserstrahls, welches sofort wieder aufhörte. An lebenden Hunden wurde dasselbe negative Resultat beobachtet.

Ließ D. 2 Tage verstreichen zwischen der Drainirung und dem Einfüllen von Flüssigkeit bei Hunden, so erhielt er ein negatives Resultat, wenn die Einfüllung mittels Trokar geschah; ließ er durch die Drainage einfließen, so entleerte sich die Flüssigkeit gleich wieder. Noch später wurde durch die Drainröhre spontan bräunliches Serum entleert. — Als Erklärung dieser Erscheinungen konstatirte er durch Autopsie, dass nach 2 Tagen sich dichte Adhäsionen zwischen den das Drain umgebenden Därmen gebildet hatten, die den Drainageraum vom eigentlichen Peritonealraum abschlossen; das Serum stammte aus den Adhäsionen.

Kapillardrainage wirkt am besten, aber auch diese wirkte nur kurze Zeit, da auch sie bald abgeschlossen war, wie die Röhrendrainage.

Aus seinen Experimenten schließt D., dass eine dauernde wirksame Drainage ad hoc unmöglich sei, hält aber die Drainage in gewissen Fällen für wichtig, dadurch, dass man gefährliche Stellen mittels Drainage bis zu ihnen diese bald außer Verbindung mit der Peritonealhöhle setze.

Aus der Besprechung der Beschuldigungen gegen die Drainage sei nur hervorgehoben die Möglichkeit, später auftretender Störungen seitens der Därme, bedingt durch die Adhäsionen.

Von der vielfach verlassenen Drainage nach der Scheide hin verspricht D. sich Nutzen, wenn dieselbe eine extraperitoneal gelegene Höhle (nach Ausschälung intraligamentärer Tumoren, Hämatocelen) offen erhalten soll. Die Röhrendrainage verwirft D. als vollkommen nutzlos, auch wenn nach dem Vorgehen von Tait dieselbe mit Aspirationen verbunden wird. Diesbezügliche Experimente ergaben immer ein negatives Resultat, auch wenn die Röhren ziemlich weiten Kalibers und mit zahlreichen Seitenöffnungen versehen waren, und die eingeführte Flüssigkeitsmenge $1—1^1/_2$ Liter betrug.

D. ist der Ansicht, dass nur die Kapillardrainage und diese nur für die ersten Stunden nach der Operation, abgesehen von etwaiger tamponirender Wirkung, zur Ableitung von Sekreten dienen könne. Ihre hauptsächliche Bedeutung liege jedoch, wie bei allen Arten der Drainage, in der durch Adhäsionen bedingten Abschließung von der Peritonealhöhle.

Was die Frage anlangt, welches die Indikationen zur Drainage seien, so geht D. die Angabe der einzelnen Autoren durch und kommt zu den Schlüssen, dass bei einigen Indikationsstellungen, wie ausgedehnten Verwachsungen, Hämorrhagien, die Tamponwirkung die Hauptsache sei; bei Durchbruch septischer Substanzen in die Bauchhöhle hält er die Wirkung einer Drainage für zweifelhaft, wenn eine gründliche Ausspülung des Bauchraumes behufs Toilette vorgenommen sei. Nach Anlegung einer Darmnaht hält D. es für erwägenswerth, ob man nicht einen Gazestreifen von der Stelle aus nach der Bauchwunde legen solle: man könne dadurch im Falle des Misslingens vielleicht eine septische Peritonitis vermeiden, indem es durch Abkapselung zur Bildung einer Kothfistel käme.

Für indicirt hält D. die Drainage als solche, wenn bei der Operation eine allgemeine Peritonitis angetroffen wird, ohne aber näher auf seine Ansichten darüber einzugehen.

Irrigationen durch die Drainage hält D. in der ersten Zeit für gefährlich wegen der Möglichkeit der Durchbrechung der Adhäsionen, welche die Abkapselung darstellen.

[Für die Würdigung der Ausführungen D.'s ist zu berücksichtigen, dass die Versuche des Autors, eines Anatomen, an Leichen und an gesunden Thieren vorgenommen wurden; die praktischen Erfahrungen sind wesentlich anders. An der Sänger'schen Klinik in Leipzig wird die Drainage der Bauchhöhle relativ häufig geübt. Hierzu kommen aseptische, gebogene Glasdrains mit ganz kleinen Seitenöffnungen zur Verwendung, welche an den die Drainage wünschenswerth machenden Stellen entlang bis in den Douglas'schen Raum geleitet werden. Um eine regelrechte Aufsaugung im Gange zu erhalten, wird vor Anlegung des Verbandes ein schmaler Jodoformgazestreifen bis über die Hälfte des Drains locker in dieses hineingeschoben, die Wunde reichlich mit Jodoformkrüllgaze und Holzwollewatte bedeckt. Nach 24 Stunden findet sich die gesammte Gaze und Holzwolle mit blutig-seröser Flüssigkeit durchtränkt, nach weiteren 24 Stunden hat die Aufsaugung bedeutend nachgelassen, so dass jetzt, oder am folgenden Tage, selten später, das Drainrohr definitiv entfernt werden kann.

Die Ableitung von Blut und gefährlichen Sekreten nach außen erfolgt gerade in den ersten 48 Stunden in promptester Weise. Die günstige Beeinflussung des Verlaufes auf Puls und Temperatur, auf das Allgemeinbefinden, das Verhalten der Därme war stets unverkennbar. Anm. des Ref.] **Heyder** (Leipzig).

---

4) L. Hamon de Fresnay. Zur Steißlage.

(L'abeille méd. 1890. No. 19. p. 151.)

Eine Entgegnung auf die letzte Veröffentlichung von Tarnier über die Brauchbarkeit seiner Steißzange. Verf. beklagt sich bitter, dass das von ihm erfundene Instrument, das er mit dem Namen »Retroceps« getauft hatte, absichtlich von wissenschaftlichen Autoritäten todtgeschwiegen werde, und führt zum Beweise, wie ausgezeichnet das Instrument ist, zwei Fälle an. Da die kurze Notiz nichts über die Beschaffenheit des Retroceps enthält, sind wir nicht in der Lage, die deutschen Leser mit ihm bekannt zu machen. Übrigens genießt auch die Tarnier'sche Steißzange kein unbegrenztes Vertrauen in Deutschland. **Sack** (Langensteinbach).

---

5) G. Roux (Lyon). Über Gonococcus.

(Province méd. 1890. No. 13. p. 145.)

Den Schwerpunkt bildet der Hinweis auf das vom Verf. im Jahre 1886 angegebene Verfahren, um den Gonococcus unter Mikro-

skop sicher zu diagnosticiren. Bekanntlich treten die Neißer'schen Kokken auf einfache Färbungen sehr deutlich hervor, verschwinden dagegen bei kombinirten Färbungen, z. B. nach Gram. Darin liegt der Kardinalunterschied von sämmtlichen übrigen Kokken des Genitalsekretes. **Sack** (Langensteinbach).

---

6) **Barth** (Paris). Salpingitis.

(Gaz. méd. de Paris 1890. No. 13. p. 145.)

In seinem Vortrage betont B. den infektiösen, puerperalen oder gonorrhoischen Charakter der Salpingitis. Die Prognose ist nur dann relativ günstig, wenn die Behandlung der erkannten Krankheit recht früh beginnt. Bis zur Menopause ist die größte Ruhe während der Menstruation und Enthaltsamkeit von sexuellem Verkehr dringend nöthig, um das Leiden nicht zu steigern. Vorgeschrittenere Fälle geben auch nach Operationen nicht immer günstige Prognose, wie ein mitgetheilter Fall beweist. Im Allgemeinen ist die Krankheit viel verbreiteter als angenommen wird. **Sack** (Langensteinbach).

Kasuistik.

7) Gynäkologische Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung am 29. April 1890.

Vorsitzender: Herr Hotte; Schriftführer: Herr Lomer.

Herr Kümmell hält seinen angekündigten Vortrag über »Beiträge zur Salpingotomie«. Nachdem der Vortragende einen Überblick über die Ätiologie, Symptomatologie der Tubenerkrankungen, so wie über die Geschichte deren Operationen gegeben, erläutert er an 10 Fällen, die er selbst operirte, die Vorgänge dieses Eingriffes. Ganz wesentlich werde derselbe in neuester Zeit erleichtert durch die Einführung der Lagerung mit erhöhtem Becken. Durch diesen Kunstgriff werden die sonst schwierigsten Operationen verhältnismäßig sehr erleichtert. Die fraglichen Fälle waren:

1) 31jährige Pat., 2mal geboren, leidet an Metrorrhagien, Rückenschmerzen. In Narkose findet man links neben dem Uterus einen ca. apfelgroßen Tumor, der für einen Ovarientumor gehalten wurde, bei der Operation aber sich als Hydrosalpinx herausstellte. Genesung.

2) 42jährige Pat., doppelseitige Pyosalpinx. Sehr schwere Operation wegen Adhäsionen. Der retroflektirte Uterus wird nach Entfernung der Tumoren ventrofixirt. Genesung.

3) 36jährige Frau, steril verheirathet, leidet an Kreuzschmerzen und Blutungen. Apfelsinengroßer Tubentumor links vom Uterus. Bei der Operation wird die Blase verletzt. Genesung.

4) 37jährige Pat., steril, leidet seit 15 Jahren an Schmerzen. Mehrfach gynäkologisch behandelt. Links ein gänseeigroßer Tumor (vereiterte Tube und Ovarium). Starke Adhäsionen. Genesung.

5) Gonorrhoe vor 1 Jahr acquirirt, Schmerzen und Blutungen: hühnereigroßer Eitersack der linken Tube. Genesung.

6) Sehr schwieriger Fall, wegen starker Adhäsionen nicht in toto entfernt. Tod an Collaps.

7) 45jährige, steril, linksseitige Hämatosalpinx. Geheilt.

8) Wahrscheinlich Tuberkulose der Tube, die Beschwerden sind nicht gewichen nach der Operation. Die Kranke ist noch in der Behandlung.

9) Hat 2mal geboren. Profuse Metrorrhagien. Beiderseitige Anhänge entfernt. Regelmäßig trotzdem menstruirt. (Operation im November.)

10) Faustgroßer Tumor des rechten Ovarium und Tube. Bei der Operation zeigt sich der Uterus gravid. Nach der Operation Abortus einer faultodten Frucht. Es ging Pat. sodann gut, bis Schmerzen auch in der linken Seite auftraten. Nochmalige Laparotomie mit Entfernung eines vereiterten linken Tubensackes.

Diskussion: Herr Lomer glaubt, dass manche weniger veraltete Fälle sich durch die Thure Brandt'sche Massage zur Heilung bringen ließen. In 2 Fällen hat er dauernde Heilung gesehen, durch Punktion und Aspiration (mittels Dieulafoy mit sehr feiner langer Nadel von der Vagina aus) einer ca. 100—150 ccm Eiter enthaltenden Pyosalpinx.

Herr Kümmell giebt zu, dass die Operation besonders für veraltete Fälle zu empfehlen sei.

Herr Raether bezweifelt, dass die Operation in allen Fällen dauernde Heilung bringe. Er sah anderwärts Operirte, die nachträglich noch über dieselben Schmerzen klagten. Will die Massage nur sehr vorsichtig angewandt sehen.

Herr Kümmell glaubt, dass bei der Massage leicht Eiter in die Bauchhöhle austreten könne.

Herr Grapow erwähnt die von anderer Seite beobachtete günstige Einwirkung des Ichtyols in Tamponform.

Herr Voigt meint, die Hydrosalpinx müsse durch einfache Punktion auch zur Heilung kommen.

Herr Lomer tritt für die Massage ein, und erst wenn diese erfolglos war für Operation. In mehr als hundert gynäkologischen Fällen hat er im letzten Jahr Gelegenheit gehabt, die Massage in der Poliklinik anzuwenden. Unter diesen Fällen sei zweifellos auch eine Anzahl Tubenerkrankungen gewesen, und seine Ansicht, nach Erprobung dieses Verfahrens ginge dahin, dass man ganz überraschende Erfolge damit erziele.

Die weitere Diskussion, an welcher sich die Herren Olshausen, Fränkel, Schütz, Kümmell betheiligen, erörtert die Frage, ob das Tubensekret vom Uterus in die Vagina und nach außen abfließen könne. Die Ansichten hierüber sind getheilt. Ferner wird die Gonorrhoe als ätiologisches Moment der Tubenerkrankungen besprochen und nach Ansicht der Redner derselben keine wesentliche Bedeutung für die Entstehung der Pyosalpinx zugeschrieben.

Sitzung am 13. Mai 1890.

Vorsitzender: Herr Schütz; Schriftführer: Herr Lomer.

Herr Schrader hält seinen angekündigten Vortrag über »Eine neue Methode zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

Den häufig zu beobachtenden Umstand, dass die Kälte, bezugsweise kaltes Wasser auf die Nerven und damit auch auf die Muskulatur eine größere erregende Wirkung ausübt als die Wärme, beschloss Vortragender behufs Einleitung der Frühgeburt auszunutzen, und zwar in Gestalt von häufigen Wasserirrigationen.

Da aber solche mit kaltem Wasser von 6° R. ohne Weiteres nicht durchzuführen sind, indem die Kälte zuletzt unerträgliche Schmerzen hervorrufen würde, so wurde für nothwendig erachtet, den kalten Strahl wiederholt zeitweise durch einen warmen Strahl zu unterbrechen. Dieser sollte außerdem noch verhindern, dass die Gebärmutter gegen den durch den kalten Strahl gesetzten Reiz mit der Zeit abgestumpft würde; schließlich sollte er die durch die Kälte anämisch gemachten Weichtheile gewissermaßen durch die Restitutio ad integrum wieder für die nachfolgende kalte Bespülung ganz besonders empfänglich machen.

Ferner erschien es zweckmäßig, den Übergang vom warmen Strahl zum kalten und umgekehrt thunlichst plötzlich eintreten zu lassen, damit der durch die Temperaturdifferenz bedingte Reiz gewissermaßen nicht »einschleicht« und so ähnlich dem »einschleichenden« elektrischen Reiz wesentlich an Wirksamkeit verliert.

Zu diesem Zweck verband Vortragender ein gläsernes Vaginalrohr (einfache, und nicht zu kleine Ausflussöffnung) durch ein T-Rohr und die nöthigen Gummi-

schläuche mit zwei Irrigatoren, welche zur Aufnahme des kalten und des warmen Wassers dienen. Durch abwechselndes Zudrücken der zuführenden Schläuche kann man nun beliebig kaltes oder warmes Wasser durch das Vaginalrohr in die Scheide fließen lassen.

Wesentlich erleichtert wird diese Manipulation, wenn man sich statt des T-Rohres eines sogenannten[1] »Dreiweghahns« bedient.

Zu einer derartigen »Wechseldusche« sind außer dem erwähnten Spülapparat und der Gebärenden noch 2 Personen nöthig, die eine zum Füllen der Irrigatoren, die andere zur Verabfolgung der Dusche, so wie (zu jeder Sitzung) zwei Eimer = ca. 24 Liter kaltes (6° R.) und halb so viel warmes Wasser (35°). Das warme Wasser wird am besten nicht über 35% genommen, da die höhere Temperatur die Erregbarkeit des Uterus überhaupt, also für alle Reize herabzusetzen scheint. Eben so ist es gut das kalte Wasser nicht weniger kühl zu nehmen als 6°, weil Wasser von beispielsweise 8° R. eine wesentlich geringere Wirkung ausübt. Auch werden 6° R. selbst von empfindsamen Personen durchschnittlich gut vertragen, allenfalls nimmt man bei letzteren in erster Sitzung etwa 8° R.

Die Fallhöhe der Dusche ist etwa $1^1/_4$—$1^1/_2$ m. Die Paritura erhält die Dusche auf einem Stuhle sitzend, dessen Vorderbeine in einer größeren Wanne stehen. Dabei legt sie sich mit dem Rücken etwas nach hinten über, damit der Druck des Abdomen die Ausdehnungsfähigkeit des Scheidengewölbes weniger beeinträchtigt. Man beginnt mit dem warmen Strahl, ca. $^3/_4$ Liter und lässt den kalten folgen, nachdem man durch Druck mit dem Vaginalrohr auf dem Damm das zurückgehaltene warme Spülwasser aus der Vagina wieder thunlichst ganz abgelassen hat; auf diese Weise tritt die Kälte bezw. die Temperaturdifferenz desto plötzlicher ein. Eben so entfernt man auch das kalte Spülwasser vor Eintritt des warmen Strahles.

Vom kalten Wasser lässt man jedes Mal $1^1/_2$—2 Liter durchfließen, also etwa doppelt so viel als von dem warmen.

Unter derartigem Wechsel zwischen warmem und kaltem Strahl werden in einer Sitzung immer die ganzen 3 Eimer verbraucht.

Solche »Wechselduschen« werden durchschnittlich in $1^1/_2$stündigen Pausen verabfolgt. Bei besonders trägen Fällen ist die Zwischenzeit auf etwa 1 Stunde zu kürzen. Die Duschen sind später eventuell in größeren Zeitabschnitten so lange zu wiederholen, bis auch die Zwischenzeiten die Wehenthätigkeit recht energisch und der Fortschritt der Geburt ein solcher geworden ist, dass man eine Sistirung derselben für höchst unwahrscheinlich hält. Im Allgemeinen thut man aber bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt, — und zwar gilt dies für jede Methode, — gut, der erweckten Wehenthätigkeit nicht allzu sehr zu trauen. Dieserhalb auch nicht zu frühes Verlängern der Zwischenzeiten oder gar des Einstellens der Wasserduschen.

Mit dieser Methode wurde die Frühgeburt in 22 Fällen künstlich eingeleitet, jedoch ausschließlich mit ihr nur 18mal, da 4mal daneben auch andere Methoden (Einlegen von Bougie und eventuell noch Blasensprung) zur Anwendung kommen.

Von diesen 22 Fällen kamen die ersten 15 Fälle, darunter die zuletzt genannten 4 Fälle in der Marburger Klinik (1884—1885) zur Beobachtung, indem Herr Prof. Ahlfeld, an dessen Klinik der Vortragende damals Assistent war, eine diesbezügliche Benutzung des dortigen Materials in liberalster Weise gestattete. Der Vortragende spricht Herrn Prof. Ahlfeld hierfür auch bei dieser Gelegenheit seinen herzlichsten Dank aus. Von den übrigen sieben Fällen hat Vortragender 4 Fälle in der Hebammen-Lehranstalt zu Oppeln und 3 Fälle in seiner Privatklinik eingeleitet.

---

[1] Solche »Dreiweghähne« sind zu diesem Zwecke nach Angabe des Vortragenden von dem Instrumentenmacher Herrn Wilhelm Holzhauer in Marburg angefertigt worden und daselbst auch erhältlich.

Die Anzeige zur Frühgeburt in diesen 22 Fällen war: 20mal Beckenenge, 1mal künstlicher Damm, 1mal Nierenerkrankung.

Das Ergebnis war für die 22 Mütter wie folgt: 1 starb an Eklampsie (12 Stunden p. p.), die übrigen machten alle, von vereinzelten nebensächlichen Temperatursteigerungen abgesehen, ein gutes Wochenbett durch und wurden gesund und rechtzeitig entlassen.

Von den 18 Frauen, bei denen die Frühgeburt ausschließlich durch Wechselduschen eingeleitet worden war, wurden 20 Früchte geboren. Von diesen kamen 15 = 75% lebend zur Welt. Da 3 Kinder noch vor der Entlassung starben, sind 12 Kinder = 60% lebend entlassen worden. Der Vollständigkeit halber sei angegeben, dass von den 4 Frauen, bei welchen auch noch andere Methoden zur Anwendung gekommen waren, 2 Kinder lebend geboren wurden, von welchen das eine am 6. Tage starb, das andere lebend entlassen worden ist. Unter Hinzurechnung dieser 4 Fälle ändert sich die Zahl dahin: Lebend geboren 17 Kinder = 70,8% und lebend entlassen 13 Kinder = 54,1%. In den zuerst genannten 18 Fällen (nur Wechseldusche) betrug die durchschnittliche Geburtsdauer (vom Beginn der Wechseldusche bis zu Geburt des Kindes) 2 Tage 9 Stunden. Die kürzeste 8 Stunden, die längste 5 Tage 13 Stunden. Hierbei sei hervorgehoben, dass Anfangs nicht gewagt wurde, die Methode so energisch anzuwenden, wie hier angegeben und empfohlen worden.

Zur Einleitung der 18 Fälle waren insgesammt nöthig 192 Wechselduschen, durchschnittlich 10,6 — in der Hälfte der Fälle genügten 33 Duschen = 3,6 im Durchschnitt.

Als Regel kann gelten:

»Je mehr man die Kälte des Wassers steigert und die Zwischenzeiten zwischen den einzelnen Sitzungen kürzt, desto weniger Wechselduschen werden nöthig und desto kürzer wird die Geburtsdauer.

Obwohl sich die Wechseldusche als sehr wirksam zeigte und mindestens eben so gute Resultate aufweist, als z. B. die zur Zeit mit Recht am meisten geschätzte Krause'sche Methode — so weit nämlich diesbezüglich größere Berichte aus anderen Anstalten zum Vergleich zugänglich waren —, so sieht sich Vortragender doch schon jetzt veranlasst, ausdrücklich zu betonen, dass er auch in seiner Methode keineswegs ein Mittel sieht, welches in jedem Falle von künstlicher Frühgeburt auch sicher genügende Wehen hervorrufen muss.

Solch ein Universalmittel gebe es zur Zeit nicht, und würde auch wohl niemals gefunden werden.

Ab und zu käme man nämlich auf Fälle, wo der Uterus von einer so unendlichen Trägheit ist, dass dieselbe einfach allen Mitteln trotzt. So wurde in einem der schon mehrfach erwähnten 4 Fälle 9 Tage lang hinter einander geduscht, ohne dass es gelang, genügende Wehenthätigkeit hervorzurufen. Das Einlegen eines Bougie zeigte sich noch weniger wirksam, eben so der Blasensprung. Eine Erhöhung der Wärme des warmen Strahles auf 37—38° R. schien die Erregbarkeit des Uterus noch mehr herabzusetzen.

Im Übrigen muss Vortragender die Ursache einer so geringen Erregbarkeit und dadurch bedingten großen Trägheit des Uterus in dem Umstande erblicken, dass in solchen Fällen stets auch die Placenta in der Nähe des Muttermundes nachzuweisen war. Auf diese interessante Uterusunthätigkeit näher einzugehen, behält sich Vortragender für eine andere Gelegenheit vor und bemerkt nur noch, dass er die Wechseldusche während der letzten Jahre in der Anstalts- und Privatpraxis gegen Wehenschwäche und Trägheit in der ersten Geburtsperiode auch nach spontanem Geburtsbeginn des öftern, und zwar jedes Mal mit vorzüglichem Erfolg, angewandt hat. Die Wechseldusche leistete ihm hierbei oft geradezu unschätzbare Dienste und dürfte dieselbe in Zukunft das souveränste Mittel für diese Fälle werden.

Diskussion: Herr May fragt, welche Zwischenzeit Herr Schrader zwischen dem Duschen vergehen lässt.

Herr Schrader: 1½ Stunden.

Herr Grapow glaubt, dass die Mortalitätsstatistik der Kinder keinen Schluss auf die Vortheile oder Nachtheile der Methode zulasse.

Herr Schrader sieht den Vortheil darin, dass wenn eine Methode schneller wirke, wie eine andere, auch die Resultate für die Kinder bessere werden.

Herr May fragt, ob reines Wasser oder solches mit Zusatz eines Antisepticum angewandt werde?

Herr Schrader: Wasser ohne Rücksicht auf Antisepsis.

Herr Lomer glaubt, dass die Nichtberücksichtigung der Antisepsis ein Mangel an der Methode sei. Wenn die Kälte so leicht Wehen erzeuge, so könne man vielleicht mit der einfachen Applikation einer Eisblase dasselbe Resultat erzielen. Wie schwer zuweilen es sei, Kontraktionen des schwangeren Uterus zu erzielen, illustrirt Herr Lomer an einem Falle, in welchem er wegen ganz außerordentlicher Erweiterung der Schenkel und Labialvenen die Frühgeburt einleiten wollte; Duschen, das Einlegen eines Bougie, welches 8 Tage getragen wurde, 10 g Secale, während einiger Tage genommen, Erweiterung des Cervix mittels Hegar'scher Dilatatoren und 24stündiges Liegenlassen der dicksten Nummer — Alles war vergeblich. Schließlich wurde die Blase punktirt, worauf 2 Tage später Wehen sich einstellten.

Herr Schrader glaubt, dass das wehenerzeugende Moment hauptsächlich die Kälte sei. Heiße Duschen, wenn zu lange angewandt, schaden oft mehr als sie nutzen, sie bedingen einen erhöhten Blutzufluss und dieser verhindert den Eintritt von Wehen. Er hat auch versucht, die kalten Duschen per Rectum anzuwenden, dieselben werden indess schlecht vertragen. Andauernde Applikationen von Eisstücken in die Vagina haben sich nicht bewährt.

Herr Raether. Die Hauptsache bei der Schrader'schen Methode sei das Intermittirende in der Temperatur. Desshalb würde wohl die dauernde Applikation einer Eisblase ohne Erfolg sein. Er selbst wendet die Krause'sche Methode an, und wenn diese erfolglos ist, den Eihautstich.

Herr Voigt. Das Sterilisiren des Wassers könne man durch Kochen erzielen; zur Bereitung der kalten Duschen könne man sich in Hamburg des Kunsteises bedienen, welches aus destillirtem Wasser hergestellt werde.

Herr Schrader glaubt, dass die Infektionsgefahr überschätzt würde. Seine Fälle seien alle ohne wesentliche Temperatursteigerung verlaufen. Er warnt vor Anwendung des Eihautstiches.

Herr Schmalfuß hält die Methode für schwer durchführbar in der Privatpraxis, und für die Frauen unter Umständen recht unangenehm. Auch er sieht das wesentliche Moment in dem Wechsel der Temperatur.

Herr Schrader räth, bei sensiblen Personen die erste Dusche nicht so kalt zu nehmen. Der Schmerz sei im Allgemeinen nicht so bedeutend gewesen.

Herr Schütz betont die Schwierigkeit der Einleitung der künstlichen Frühgeburt und des Abortus. Die übrigen Methoden seien alle nicht ohne Bedenken. Er werde desshalb in Zukunft das Schrader'sche Verfahren gern versuchen.

---

8) Bardenheuer (Köln). Ein Fall von Milzresektion.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 30.)

47jährige Virgo hatte nach einem Fall auf die linke Brustseite eine schwer fieberhafte, 3 Monate andauernde, damals als Typhus angesprochene Krankheit durchgemacht. Von da ab gesund bis zu ihrem jetzigen Alter. Anfang 1890 heftige Unterleibsschmerzen aus dem kleinen Becken ins linke Hypochondrium hinaufziehend; leichte Menstruationsstörungen; heftige Magenschmerzen; Aufstoßen, Erbrechen; Gefühl einer gewaltsamen Zerrung im linken Hypochondrium; hartnäckige Obstipation. Bimanuelle Untersuchung ergab einen das kleine Becken ausfüllenden cystischen Tumor, von dem ein kurzer, breiter Strang zum Uterus hinging. Diagnose: Ovarialcyste mit starker Verwachsung im kleinen Becken, oder linksseitige intraligamentöse Cyste.

B.'scher supraemphysärer Explorativschnitt. Extraperitoneale stumpfe Ablösung der Geschwulst bis zum Beckenboden. Am oberen hinteren Abschnitte des Tumors gelang sie nicht. Eröffnung des Bauchfelles. Nun fand sich, dass die Milz sich in das obere Ende der Cystenwand auflöste.

B. verwarf die Annähung der Cystenwand an die Wundränder des Peritoneum und nachfolgende Incision aus verschiedenen Gründen, in erster Linie aber, weil die mobile Milz und mit ihr der Magenfundus dauernd durch einen festen Strang, das Residuum der Cystenwand, ans kleine Becken fixirt geblieben wäre. Hierdurch hätte leicht eine Strangulation, Abknickung eines Darmtheiles entstehen können; auch würden jedenfalls die schon vor der Operation vorhandenen Anfälle von Gastralgie und Verdauungsbeschwerden fortbestanden haben. Eine Reposition der Milz in's linke Hypochondrium, Einnähen der Cyste in eine neue, in der linken Lumbalgegend angelegte Abdominalwunde würde die Operation bedeutend vergrößert haben.

Zur Totalexstirpation der Milz konnte sich B. mit Rücksicht auf die nach dieser Operation beobachteten Nachkrankheiten, die Gefahren des Shocks, der Nachblutung aus dem Stiel oder den Adhäsionen nicht entschließen. Er wählte daher die partielle Resektion. Ein Assistent komprimirte die oberhalb der Cyste umfasste Milz, die dann quer durchtrennt wurde. Blutung relativ gering; stärker nur aus einigen bindegewebigen Septen und nach dem Hilus zu. Hier einige Umstechungsnähte durch die Kapsel; nach 5minutiger Kompression der Wundfläche mit Jodoformgaze Verschorfung jener mittels einiger Glüheisenstriche. Darauf stand die Blutung. Die um ca. ein Drittel verkleinerte Milz stieg nach ihrer Reposition in die Bauchhöhle bis zum linken Hypochondrium hinauf. Schluss der Peritonealwunde durch Seidenfäden. Tamponade der extraperitonealen Wundhöhle oberhalb der Blase mit sterilisirter Gaze. Normaler, afebriler Heilungsverlauf. Symptome von Leukocytose fehlten. B. spricht die uniloculäre große Cyste auf Grund der Anamnese, des makro- und mikroskopischen Verhaltens für eine durch das in der Jugend stattgehabte Trauma entstandene an. Durch wiederholte Blutungen in den Cystensack, durch leichte Traumen, Zerrungen, Verwachsungen mit der Umgebung konnte sie sich zu der bei der Operation vorgefundenen Größe weiter entwickelt haben. **Graefe** (Halle a/S.).

9) **Lomer** (Hamburg). Geburtshindernis durch im kleinen Becken eingekeilte Ovarientumoren.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 24.)

21jährige IIpara, vor einem Jahre spontan von einem faultodten, frühreifen Kinde entbunden. Leichte Wochenbetterkrankung, seitdem Schmerzen in der rechten Seite. — Weheneintritt in der zweiten Schwangerschaft vor rechtzeitigem Termin. Nach 4tägiger Wehenthätigkeit der hochstehende Muttermund markstückgroß. Hinzugezogener Arzt stellte Diagnose auf enges Becken. Wegen starker Verdünnung des unteren Uterinsegmentes Sprengung der Blase; vergeblicher Versuch, einen Fuß herabzuholen. Vorfall der Nabelschnur; Kind starb ab. Am folgenden Tage bei erweitertem Muttermund Wendung in Narkose; bei der Extraktion riss der Kopf ab. Collaps der Kreißenden. L. fand sie 3 Stunden später moribund.

Sektion ergab einen tief im Douglas eingekeilten, rings adhärenten, kindskopfgroßen, mit frischen Blutergüssen durchsetzten Ovarientumor. Keine Uterusruptur; kein Bauchhöhlenerguss. Als Todesursache nimmt L. eine Ptomainintoxikation an.

Im Anschluss an diesen berichtet Verf. über einen gleichen in der Poliklinik der Berliner Frauenklinik s. Z. beobachteten Fall (Nölting, Schwangerschaft; Geburt komplicirt durch Ovarientumor. Diss. Berlin 1884): 34jährige VII para. Vergeblicher Zangenversuch. Im hinteren Scheidengewölbe ein prall-elastischer, den Eintritt des Kindskopfes hindernder Tumor. Punktion der Geschwulst entleerte nur etwas Blut. Perforation des abgestorbenen Kindes. Bei der Extraktion trat die Geschwulst so tief in den Douglas. dass sie das Rectum zum Prolabiren

brachte. Pat. starb 4 Tage p. p. an furibunder Peritonitis. Bei der Sektion fand sich in der Bauchhöhle 1 Liter braunrothe Flüssigkeit; Stiel des rechtsseitigen Ovarientumors 2mal gedreht. Die Cyste ist rupturirt.

B. empfiehlt für derartige Fälle:

1) Rectaluntersuchung, durch welche es meist gelingt, sich leicht zu orientiren.

2) Bei Misslingen eines schonenden Repositionsversuches Punktion, eventuell breite Incision des Tumors vom hinteren Scheidengewölbe aus.

Graefe (Halle a/S.).

10) N. Flaischlen (Berlin). Zur Radikaloperation des Carcinoma uteri.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 30.)

F. berichtet über 13 von P. Ruge, 9 von ihm selbst ausgeführte Totalexstirpationen bezw. (2) hohe Cervixexcisionen. Drei der Operirten starben an Sepsis, 2 in den Jahren 1884 und 1885, die dritte nach einer sehr schwierigen Operation, bei der sich der Eintritt infektiöser Carcinomamassen in die Bauchhöhle nicht vermeiden ließ. Am Recidiv sind im Laufe der Jahre 7 gestorben, recidivfrei noch 11, am längsten eine vor 5¼ Jahr, am kürzesten eine vor 4 Monaten Operirte

In 17 Fällen wurde nach den von A. Martin für die Totalexstirpation gegebenen Vorschriften, 3mal in situ operirt. In einem Falle bestand Komplikation von Myom mit Carcinom, in 2 wurde gleichzeitig Cervix- und Corpuscarcinom gefunden.

Im Anschluss an diese Mittheilung vergleicht F. die Resultate verschiedener Operateure hinsichtlich der Recidive. Es stellt sich dabei, wie nicht anders zu erwarten, heraus, dass Operateure wie Kaltenbach, welche die Totalexstirpation in allen Fällen für indicirt halten, in welchen sie überhaupt ausführbar ist, schlechte Resultate haben. So blieben von 29 von Kaltenbach operirten Collumcarcinomen nur 8 innerhalb Jahresfrist gesund. Von 20 erst im Laufe des letzten Jahres Operirten sind schon 7 Recidive bekannt. Dagegen waren von 103 von Fritsch bis jetzt Totalexstirpirten nach einem Jahre geheilt 57 %, rückfallsfrei 3—5 Jahre nach der Operation durchschnittlich 42,5 %. Von 80 von Leopold operirten Frauen leben noch 62. Die Erfolge der beiden Letztgenannten sind also ungleich günstiger als die Kaltenbach's. Dieser operirt aber, wie er selbst sagt, nicht der Statistik halber, sondern im Interesse der Kranken, welche durch die Totalexstirpation temporär von den lästigsten und gefährlichsten Krankheitserscheinungen befreit werden. F. giebt Letzteres zu, behauptet aber, dass dasselbe durch die einfache Palliativoperation (Ausschabung und Ferrum candens) zu erreichen sei, ja, dass die nur palliativ Behandelten besser daran seien und Aussicht auf ein längeres Leben haben, als solche Radikaloperirte, bei welchen die Neubildung bereits auf die Uterusanhänge vorgeschritten war. Nach F. sollten daher nur solche Fälle operirt werden, bei denen wenigstens die Möglichkeit der Radikalheilung vorliegt.

Graefe (Halle a/S.).

11) E. E. Montgomery (Philadelphia). Vaginale Hysterektomie.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. November. p. 1157.)

M. giebt eine Geschichte der Operation, theilt die gewonnenen Resultate mit, berichtet über 3 eigene Fälle, von denen der eine ungünstig in Folge von Tetanus verlief. Er fasst seine Erfahrung in folgenden Sätzen zusammen:

1) In allen Fällen von Carcinom des Uterus, sowohl des Körpers als der Cervix, ist Hysterektomie die einzige berechtigte Operation.

2) Die Operation, wenn unter allen Kautelen ausgeführt, hat keine höhere Mortalität als Ovariotomie und sollte eben so dringend wie jene angerathen werden.

3) Die Operation sollte möglichst frühzeitig, sobald die sichere Diagnose gestellt worden ist, ausgeführt werden; selbst im zweifelhaften Falle soll man den Kranken nicht die Wohlthat der Operation vorenthalten.

4) Es ist noch nicht sicher, welche Methode: Unterbindung oder Klemmzangen den Vorzug verdient, eben so ob Offenlassen oder Verschluss des Bauchfelles.

Engelmann (Kreuznach).

1 2) Amann jr. Studien über Influenza bei Schwangeren, Kreißenden und Wöchnerinnen. (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu München.)

(Vortrag gehalten in der gynäkologischen Gesellschaft zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 9 und 10.)

Der Vortragende theilt das Thema, zu dem ihm von Geheimrath Winckel das Material überlassen wurde, in folgende Abschnitte ein: 1) Erkrankung der Schwangeren, 2) Erkrankung kurz vor und während der Geburt, 3) Erkrankungen der Puerperae. Bezüglich der Symptome unterscheidet er a) Stadium prodromorum, b) Stadium invasionis, c) Stadium acmes, d) Stadium defervescentiae.

An der Hand dieser Eintheilung schildert der Vortr., unter Angabe der jedes Mal vorhanden gewesenen Anzahl der Fälle, seine Beobachtungen, die sich in folgenden Sätzen zusammenfassen lassen:

Das Auftreten der Epidemie macht den Eindruck einer miasmatisch-kontagiösen Krankheit mit 1—2 Tage dauernder Incubationszeit.

Prodromi mit typischer Puls- und Temperaturkurve 2—3 Tage: Allmähliches Ansteigen der Temperatur (Fehlen der Morgenremissionen, Abflachung der Kurve), am Schlusse starke Remission der Temperatur und besonders des Pulses.

Stadium invasionis mit typischer Puls- und Temperaturkurve: Steiles Ansteigen, Febris continua 48 Stunden, tiefe Remission, neuer Anstieg (2. Kurvengipfel: Febris recurrens).

Stadium defervescentiae: Lytischer, seltener kritischer Abfall zur Norm, wenn keine Nachkrankheiten vorhanden sind.

I. Einfluss auf Schwangerschaft. Schwangere sind nicht immun, nur sind ihre Erkrankungen in den meisten Fällen leichter, als die anderer; tritt schwere Erkrankung ein, wird Unterbrechung der Schwangerschaft hervorgerufen.

a) Absterben der Früchte mit erst später (nach Wochen) folgender Ausstoßung in 6 Fällen.

b) Anregung von Wehen und Geburt eines lebenden Kindes in 8 Fällen.

II. Einfluss auf Verlauf der Geburt. Wehen sind schmerzhafter und weniger ausgiebig, dadurch Verzögerung des Geburtsverlaufes (event. mit Gefährdung des mütterlichen oder kindlichen Lebens).

III. Einfluss auf das Puerperium. Wenn schon vorher Influenza da war, treten leicht Recidive ein. Die Rückbildung des Uterus sistirt während der Zeit des Fiebers; gleichzeitig wird die Lochialsekretion etwas übelriechend. Blutungen aus dem Uterus am 7. bis 9. Tage traten in 2 Fällen auf. Im Allgemeinen ist also der Verlauf des Wochenbettes ein fast vollkommen ungestörter; die meisten Wöchnerinnen wurden am 7. Tage entlassen.

IV. Einfluss auf Kinder. Nur in 2 Fällen (gleichzeitig mit Mutter) wurden Kinder von Influenza befallen.

Außerdem hat der Vortragende noch bakteriologische Untersuchungen vorgenommen.

Bei der Untersuchung des Blutes von Influenzakranken — der Vortragende beschreibt genau die zu diesem Zwecke vorgenommenen Manipulationen — wurden keine Mikroorganismen gefunden.

Bei der Untersuchung der Organe, die der Vortr. in 2 Fällen (Mutter und Kind) vornehmen konnte, fanden sich und zwar auf den mit Lungenstückchen bereiteten Agar- und Gelatine-Platten Kokken, die mit den Friedländer'schen Pneumoniekokken große Ähnlichkeit haben. Dieselben tödten Mäuse bei cutaner Verimpfung kleiner Mengen der Reinkultur in 12—24 Stunden. In dem Blut und den Organen dieser fanden sich die Bakterien in großer Zahl wieder. Der Vortr. glaubt aber trotz des übereinstimmenden Befundes bei Mutter und Kind nicht, dass ein ursächlicher Zusammenhang dieser Bakterien zur Influenza besteht.

Der Vortr. erwähnt dann noch Untersuchungen Professor Emmerich's, welche derselbe an dem Sputum einiger der A.'schen Influenzakranken angestellt hat. Auch deren Resultate waren rücksichtlich des Infektionserregers der Influenza negativ.

Zum Schluss beschreibt der Vortr. noch eine im Blut von einer der mit Sputum

geimpften Mäuse gefundene eigenthümliche Bakterienart, die sich besonders durch langsames Wachsthum so wie durch eine wohlcharakterisirte Kolonienform auszeichnete.

Die der Arbeit beigegebenen Temperaturtafeln veranschaulichen deutlich die oben beschriebenen Beobachtungen. **Rudolf Müller** (München).

13) Henry Fry (Washington). Eine neue Geburtszange.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. November. p. 1165.)

Das Instrument ist bestimmt zur Anlegung an die Seiten des kindlichen Kopfes, ehe die Drehung des Hinterhauptes erfolgt ist. Zu diesem Zwecke ist die Beckenkrümmung des Instrumentes auf die Fläche verlegt, es besteht aus einem langen hinteren und einem kürzeren vorderen Blatte. Letzteres hat nur eine Krümmung, die Kopf- und Beckenkrümmung ist vereinigt. Das vordere Blatt hat zwei Krümmungen in verschiedenen Richtungen. Die konkave Fläche der Kopfkrümmung sieht nach hinten, die der Beckenkrümmung nach vorn. Die Größe der Blätter ist die der gewöhnlichen Zange, die Länge des Instrumentes 16 Zoll, das Schloss das von Siebold.

Das vordere kürzere Blatt wird zuerst angelegt, das hintere in einem der schrägen Durchmesser. Die Rotation des Kopfes gelingt äußerst leicht.

Engelmann (Kreuznach).

14) William Wathen (Louisville). Ist die Kraniotomie an dem lebenden Kinde berechtigt?

(Amer. journ. of obstetr. 1889. December. p. 1233.)

W. kommt auf Grund des von ihm zusammengestellten Materials zu dem Schluss, dass die Gefahr für die Mutter, bei richtiger Auswahl der Fälle und frühseitiger Operation bei dem Bauchschnitt behufs Entfernung der lebenden Frucht nicht größer ist als bei Embryotomie und dass, wenn die Ärzte diese Wahrheit einsehen, die das Kind zerstückelnden Operationen auf die Fälle beschränkt werden, in welchen das Becken relativ weit und die Frucht todt ist.

Engelmann (Kreuznach).

15) Alice Hall. Aus Apostoli's Klinik.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. December. p. 1254.)

Die Verf., welche vom November 1888 bis Juni 1889 die Klinik Apostoli's regelmäßig besuchte und das Material eingehend untersuchte, berichtet über die Erfahrungen, welche sie dort zu machen Gelegenheit hatte. Sie ist eine warme Verehrerin Apostoli's und bedauert, dass seine Methode in den Händen anderer Gynäkologen nicht die glänzenden Erfolge des Pariser Arztes gehabt haben. Die Ursache dieser Misserfolge sucht sie in dem Nichtbefolgen der Einzelheiten, wie sie Apostoli angegeben. Eine eingehende Beschreibung derselben so wie der ganzen Methode wird gegeben, welcher sich die Mittheilung zweier Fälle anschließt.

Engelmann (Kreuznach).

16) Dr. W. Prentiss (Washington). Fälle von Uterusmyomen aus der Privatpraxis und deren Behandlung.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. December. p. 1263.)

P. berichtet über 5 Fälle von Myomen, die kein weiteres Interesse bieten und bespricht die verschiedenen bekannten Methoden der Behandlung. Er empfiehlt die Rinde der Baumwollstaude, welche Garrigues in 139 Fällen angewandt hat, und zwar nur in 10 % der Fälle ohne Einfluss auf Blutungen und Schmerzen.

Engelmann (Kreuznach).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS'N.

Centralblatt für GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 43. Sonnabend, den 25. Oktober. **1890.**

Inhalt: I. **Amann** jr., Einige Versuche mit dem elektrischen Schröpfkopf. — II. **Sack**, Zur Therapie und Ätiologie der Placenta praevia. (Original-Mittheilungen.)

1) **Mochnatscheff**, Physiologie der Schwangerschaft. — 2) **Engelmann**, Elektricität. — 3) **Prochownik** und **Spaeth**, 4) **Steinschneider**, Gonokokken. — 5) **Petitpierre**, Granulosa und Zona pellucida. — 6) **Thomen**, Lochien. — 7) **Nath**, Hebammenbefugnisse. — 8) **Dührssen**, Antisepsis.

9) Gynäkologische Gesellschaft zu Hamburg. — 10) **Maury**, Bericht. — 11) **Townsend**, 80 Fälle von Dilatation. — 12) **Everke**, Scheidenzerreißung. — 13) **Casper**, Männliche Sterilität. — 14) **Arndt**, Magenerkrankung. — 15) **Werner**, Entwicklung der weiblichen Geschlechtsorgane. — 16) **Cloker**, Verlängerte Schwangerschaft. — 17) **Lang**, Toleranz des schwangeren Uterus. — 18) **Engelmann**, Schwangerschaft nach Kastration. — 19) **Edebohls**, Tubenschwangerschaft mittels Elektricität erfolgreich behandelt. — 20) **Everke**, 21) **Hertzsch**, Kaiserschnitt. — 22) **Guéniot**, Fötaler Nierentumor. — 23) **Taylor**, Esthiomène. — 24) **Jackson**, Gebärmutterkrebs. — 25) **Routh**, Kopfschmerzen. — 26) **McLean**, Konservatismus in der Gynäkologie. — 27) **Piering**, Tamponade. — 28) **Wicke**, Differentialdiagnose. — 29) **Herzfeld**, Scheidensarkom. — 30) **Ullmann**, Carcinoma uteri prolapsi. — 31) **Herzfeld**, Antiseptik. — 32) **Kleinwächter**, Balneotherapie.

(Aus der königl. Universitäts-Frauenklinik München.)

I. Einige Versuche mit dem elektrischen Schröpfkopf.

Von

Dr. J. A. Amann jr.,

Assistenzarzt d. königl. Universitäts-Frauenklinik.

Als Dr. H. W. Freund in Straßburg in einer Mittheilung im Centralblatt für Gynäkologie zum Zwecke von Erregung von Wehen die Reizung der Brustwarzen durch Schließung konstanter elektrischer Ströme und zwar durch einen elektrischen Schröpfkopf vorgeschlagen hatte, veranlasste mich mein Chef, Geheimrath Winckel, dieses Verfahren mehrfach anzuwenden und hierüber zu berichten. Der zu den Versuchen benutzte elektrische Schröpfkopf wurde durch die liebenswürdige Vermittelung Dr. Freund's von dem gleichen Fabrikanten aus Straßburg bezogen, der auch für Freund gearbeitet

hatte. Die Stromstärke wurde mittels des Edelmann'schen Galvanometers gemessen.

Da gerade zwei Schwangere im Hause waren, bei welchen die künstliche Frühgeburt eingeleitet werden sollte, wendete ich an diesen in erster Linie das Verfahren an.

Der 1. Fall betraf eine IIIgravida im 8. Monat, bei welcher wegen Beckenenge die Geburt eines unverkleinerten ausgetragenen Kindes nicht möglich war. Der äußere Muttermund war für die Fingerkuppe eindringbar, vorliegender Theil, Kopf, beweglich über Beckeneingang.

Es wurde die Kathode in Form des (von Freund im Centralblatt für Gynäkologie No. 26 1890 beschriebenen) Schröpfkopfes mit Hilfe einer Spirituslampe auf die Brustwarze aufgesetzt, die Anode in Form einer Platte aufs Abdomen gelegt, resp. auf die Uterusgegend angedrückt; nun wurden im Verlauf von 5 Minuten 3mal ein Strom von 7 Milliampères geschlossen, wobei die Kathode (runder Schwamm im Schröpfkopf) einen Durchmesser von 2,3 cm hatte, während die Anodenplatte 5 : 10 cm maß. (Letztere Angaben sind für eine genaue Bestimmung der Stromstärke nothwendig, da bei entsprechend größeren Elektroden ohne vermehrte Schmerzhaftigkeit die Zahl der Milliampères sehr gesteigert werden kann. Die Angabe des jeweiligen Leitungswiderstandes des Körpers, der durch ein weiteres Galvanometer zu messen wäre, kann füglich unberücksichtigt bleiben).

Bereits 1 Minute nach der letzten Schließung fühlte die Gravida Kreuzschmerzen und bald darauf trat eine deutlich fühlbare Wehe von $^1/_2$ Minute Dauer auf, die auch von der Gravida als solche bezeichnet wurde; einige Minuten später, nach einer 4. Schließung weitere Wehe von $^1/_2$ Minute Dauer, nach 5. Schließung (4 Milliampères) 3. Wehe von $^1/_2$ Minute Dauer aber geringerer Intensität. Als in der folgenden Zeit spontan keine neue Wehe mehr eingetreten war, wurde nach ca. 20 Minuten dauernder Pause wiederum mehrmals der Strom geschlossen und zwar von 8—9 Millampères, was aber der Gravida viele Schmerzen machte, so dass wieder auf 7 Milliampères zurückgegangen wurde. Es traten noch 3 mäßig starke Wehen ein in der Dauer von $^1/_2$—1 Minute. Als bereits nach der 4. Schließung der Schröpfkopf abgenommen worden war, zeigte sich an der Basis der Brustwarze eine grünlich aussehende, halbmondförmige verschorfte Wundfläche von ca. 1 cm Länge, die der Gravida schmerzhaft war. Das war dadurch zu Stande gekommen, dass durch die verdünnte Luft im Schröpfkopf dieser Theil der Brustwarze am Schwämmchen vorbei an die metallene Schwammhülse gepresst wurde und so eine direkte Anätzung der zarten Theile stattfand. Es wurde daher der Schwamm noch mehr pilzartig über die Schwammhülse ausgebreitet und der Schröpfkopf nachher auf die andere Brustwarze angewendet. Es wurden noch häufige Stromschließungen gemacht und in Abständen von ca. 2—6 Minuten noch 8 mäßig starke Wehen ausgelöst. Die Kreuzschmerzen, die nach der 3. Schließung eingetreten waren, blieben immer gleichmäßig andauernd. Nachdem 2 Stunden lang mit größeren und kleineren Intervallen der elektrische Schröpfkopf angewandt worden war, wurde er abgenommen; es traten nun noch, allerdings in größeren Intervallen, mäßig starke Wehen ein, auch dauerte der Kreuzschmerz noch fort, aber die Wehenpausen wurden allmählich länger, die Wehenintensität geringer, und gegen Morgen des anderen Tages waren die Wehen vollständig verschwunden. Bei der nun vorgenommenen inneren Untersuchung ergab sich vollkommen der gleiche Befund, wie Tags vorher; der Muttermund war nicht stärker erweitert, der vorliegende Theil war nicht tiefer getreten; durch starkes Kneten ließen sich fühlbare Kontraktionen des Uterus auslösen, die aber von der Gravida nicht als »Wehen« anerkannt wurden. Leider gab die Gravida ein Weiterführen des Versuches nicht zu.

Der 2. Fall betraf eine IVgravida im 8. Monat mit rachitischem Becken.

Täglich wurden Vormittags und Nachmittags je 1—$1^1/_2$ Stunden lang Ströme bis zu 15 Milliampères auf die Brustwarzen angewendet, jedoch hier konnte keine

einzige Wehe erzeugt werden; in dieser Weise wurde 5 Tage lang fortgefahren, wobei diese starken Ströme verhältnismäßig gut ertragen wurden, nur klagte die Gravida über starkes Brennen in den Brustwarzen, diese zeigten sich aber nur geröthet, nicht verletzt. Nach jeder Anwendung des Schröpfkopfes traten andauernde Kreuzschmerzen auf, die aber nur von geringer Stärke waren und nach mehreren Stunden sich wieder verloren.

Nach diesen vergeblichen Versuchen wurde am 6. Tage mittels Einlegens eines Katheters die Frühgeburt eingeleitet.

Einen im Allgemeinen besseren Erfolg hatte ich von der Anwendung des elektrischen Schröpfkopfes bei kurz vor der Geburt stehenden Schwangeren, bei Kreißenden und bei eben Entbundenen vor und nach der Placentarausstoßung.

So wandte ich bei einer Igeschwängerten, die kurz vor dem Ende ihrer Schwangerschaft stand und die Anstalt nur aufsuchte, um sich untersuchen zu lassen, Ströme von 6—8 Milliampères an; vorher hatte sie nur über unbestimmte Leibschmerzen geklagt, auch entsprach der innere Befund nicht einer Kreißenden; schon nach der 3. Schließung stellte sich eine deutlich fühlbare und auch von der Betreffenden als Wehe empfundene Kontraktion des Uterus ein, die 50 Sekunden dauerte. Spontan erfolgten noch nach der Öffnung des Stromes 2 Wehen von gleicher Intensität; der Strom wurde noch 3mal in Abständen von ca. 5 bis 10 Minuten mit jedes Mal 3 oder 4 Schließungen angewandt, worauf häufige Wehen eintraten, die Wehenpausen immer kürzer wurden, und die Wehen selbst an Intensität zunahmen. Jetzt entsprach auch der innere Befund dem bei einer Kreißenden und ohne dass der Schröpfkopf noch weiterhin aufgesetzt wurde, war die Eröffnungsperiode in einer für eine Ipara sehr kurzen Zeit vollendet.

Zur Beschleunigung der Geburt wurde der elektrische Schröpfkopf noch häufig bei Kreißenden mit schwachen und seltenen Wehen, mit Phthisis pulmon., Herzfehlern und einmal bei Nephritis mit kolossalen Ödemen angewandt. Fast in allen Fällen trat nach 3—8 Schließungen eine Wehe ein, die mit der aufgelegten Hand als stärkere Kontraktion als die vorhergehenden gefühlt werden konnte und meistens von der Betreffenden als schmerzhafter bezeichnet wurde; meist traten nun, ohne dass man eine weitere Schließung vornahm, durchschnittlich 3—7 neue Wehen ein von gleicher Stärke wie die vorhergehende mit kurzen Wehenpausen; nun aber war es in der Mehrzahl der Fälle nöthig erneute Schließungen, manchmal auch mit stärkeren Strömen vorzunehmen, um die erreichte größere Häufigkeit und Intensität der Wehen beizubehalten; allerdings genügten in 2 Fällen mit seltenen schwachen Wehen nur einige Schließungen, um dauernd bis zur Geburt häufige und immer stärker werdende Wehen hervorzurufen, während in einem Falle wohl Anfangs Wehen häufiger und stärker erzeugt werden konnten, später aber auch mit Anwendung von Strömen bis zu 14 Milliampères keine Verstärkung der nun noch längere Zeit schwach bleibenden Wehen zu Stande gebracht werden konnte. Ließ man längere Zeit die Kette geschlossen, so traten meistens während dieser Zeit in kurzen Pausen Wehen ein; der Grund hierfür ist wohl der, dass während des Geschlossenseins des Stromes die Erregbarkeit an der Kathode eine gesteigerte ist und somit der Reiz des Schröpfkopfes allein, wenn er gut sitzt, genügt, Wehen zu erzeugen.

Wahrscheinlich in Folge der vermehrten Durchtränkung und des somit geringeren Leitungswiderstandes der Haut kommt ein allmähliches Ansteigen der Stromstärke bei längerem Geschlossenbleiben zu Stande, was sich durch Weiterrücken der Galvanometernadel bei unveränderten Widerständen und Elementenzahl anzeigt. So stieg in einem Falle von 18 Minuten langem Geschlossenbleiben des Stromes die Stromstärke von 7 Milliampères bis auf 26 Milliampères unter nur geringer Zunahme der Schmerzempfindlichkeit der Brustwarzen. Betrachtet man aber hierbei konstant das Galvanometer, so findet man im Beginn einer jeden Wehe, dass die Galvanometernadel um $^1/_2$—$1^1/_2$ Milliampères stärkere Ströme anzeigt, die aber nicht die ganze Wehe hindurch bleiben, sondern die Nadel geht meist schon früher fast wieder zu ihrer vorherigen Stellung zurück. Wahrscheinlich hängt dieses Verhalten mit einer Cirkulationsveränderung in der Haut während des Beginnes der Wehe zusammen, denn der Widerstand, den der übrige Körper dem elektrischen Strome bietet, ist ein sehr geringer. Oft schien es mir, als ob die Wirksamkeit der mit dem elektrischen Schröpfkopf hervorgerufenen Ströme nicht den von der Parturiens geäußerten Schmerzen entspräche, indem nach häufigen derartigen Wehen die Erweiterung des Muttermundes oder das Tiefertreten des vorliegenden Kindestheiles nur sehr geringe Fortschritte gemacht hatte.

Häufig wurde fernerhin der elektrische Strom zur Ausstoßung der Placenta angewandt; hierbei zeigte sich, dass der Erfolg im Wesentlichen vom Zeitpunkt der Anwendung abhängt; sofort nach der Geburt war man zwar meist wohl im Stande, nach 3 bis 10 Schließungen Kontraktionen des erschlafften Uterus zu Stande zu bringen, allein zur Expression der Placenta waren diese, nur mit Mühe mit der aufgelegten Hand fühlbaren, Wehen zu schwach. So war in den Fällen, bei welchen Blutung sofort nach der Geburt die Entfernung der Placenta indicirte, der elektrische Strom nicht ausreichend, sondern es musste der Credè'sche Handgriff zu Hilfe genommen werden. Dagegen war 1—2 Stunden nach der Geburt, nachdem die Erregbarkeit der Uterusmuskulatur wieder zugenommen hatte, die Reaktion auf den elektrischen Strom meistens eine sehr prompte; nach wenigen Schließungen trat meist eine kräftige Wehe ein, mit welcher die Placenta herausschoss; es folgten dann öfters einige spontane Nachwehen und der Uterus blieb häufig gut kontrahirt. Bei Erschlaffungszuständen am ersten Wochenbettstage wendete ich 2mal den elektrischen Schröpfkopf mit Erfolg an.

Im Allgemeinen scheint mir aus den Versuchen hervorzugehen, dass sehr große individuelle Verschiedenheiten vorhanden sind, die das Verfahren zu einem nicht in allen Fällen mit sicherem Erfolge anwendbaren machen.

Der allerdings vollkommene Misserfolg im 2. Falle der Einleitung der künstlichen Frühgeburt (im 1. Falle ist ja die Möglichkeit eines Erfolges bei Weiterführung des Versuches nicht gerade

ganz auszuschließen) zwingt nicht, das Verfahren für alle Fälle vollkommen zu verwerfen[1].

In Anbetracht des einfachen Verfahrens (Portativ-Apparate liefern leicht die genügende Stromstärke) und seiner anscheinenden Gefahrlosigkeit ist es meiner Ansicht nach wohl anzurathen, das Verfahren weiterhin zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt zu versuchen. Verletzungen der Brustwarze, wie die beim ersten Falle erwähnte, konnten in späteren Fällen leicht durch geeignetes Anbringen des Schwammes vermieden werden. Selbst bei den stärksten, häufig unterbrochenen und öfters auch gewendeten Strömen (die Anwendung der Anode auf die Brustwarze ist viel schmerzhafter und fast erfolglos) sah ich außer Röthung der Brustwarze mit leichtem Stechen nie eine üble Folge. In einigen Fällen, bei welchen vor der Geburt der elektrische Schröpfkopf angewendet worden war, beobachtete ich ziemlich bedeutende Blutungen post partum, die aber wohl kaum als Folge etwa einer Übermüdung des Uterus durch die vermehrten Wehen aufzufassen sind; jedenfalls müssen über diesen für die Gefahrlosigkeit des Verfahrens nicht gleichgültigen Punkt erst größere Versuchsreihen Aufschluss geben.

II. Zur Therapie und Ätiologie der Placenta praevia.

Von

Dr. **A. Sack** (Langensteinbach).

Im Folgenden bringe ich einen Fall zur Veröffentlichung, der ein gewisses Interesse beanspruchen dürfte.

Am 12. August wurde ich Abends zu einer VIIIpara aus der Umgegend gerufen, die schon vor 14 Tagen eine Blutung aus den Genitalien hatte und nunmehr große Mengen Blut verlor. Die am Ende ihrer Gravidität angelangte, 41jährige, plethorische Frau leidet schon seit Jahren an kolossalen Varicen der unteren Extremitäten mit consecutiven Geschwüren und Ödemen. Die überstandenen 7 Geburten verliefen alle glatt, dauerten aber jedes Mal wegen habitueller Wehenschwäche sehr lange. Auch diesmal sind die Wehen kaum wahrnehmbar. Der riesig ausgedehnte Bauch und die Konsistenz des Uterus lassen auf ziemlich hochgradigen Hydramnios schließen. Die Kindsbewegungen werden lebhaft gespürt. Bei der Exploration dringt der Finger mit Leichtigkeit bis zum inneren Muttermund ein, welcher selbst aber noch kaum eröffnet ist. Darüber ist kein vorliegender Theil zu fühlen; es ergießt sich aber recht viel Blut bei der Untersuchung. — Ich ordne absolute Bettruhe, häufige Reibungen der Gebärmutter und rechtsseitige Lagerung der Kreißenden an, um den von der Mittellinie nach rechts abgewichenen Kopf der in Schädellage befindlichen Frucht in den Beckeneingang einzuleiten; im Falle einer profusen Blutung: kalte Duschen, eventuell Tamponade, bis ich gekommen bin. So vergingen über 30 Stunden ohne erheblichen Blutverlust; inzwischen soll etwas Wasser abgeflossen sein. In der zweiten Nacht wurde ich zum zweiten Male geholt, da die Frau abundant blutete. Der von der Hebamme eingeführte Tampon, in Form eines mit Karbolwattebäuschen vollgestopften Jodoformgazelappens, leistete der Blutung ziemlich Widerstand. Betrübend war es aber, dass sich die Wehen vorerst gar nicht einstellen wollten. Trotzem hat es

[1] Während des Druckes dieser Mittheilung wendete ich den elektrischen Schröpfkopf noch in einem 3. Falle (IVpr.) zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt 4 Tage lang an, auch ohne Erfolg.

die schwache Wehenthätigkeit dahin gebracht, dass der Cervix nun schon für 2 und der innere Muttermund für mehr als einen Finger durchgängig waren. Durch den erweiterten Cervix drängte sich die Fruchtblase in die Scheide hinein (der ursprüngliche Riss war wahrscheinlich wieder verklebt). Am linken hinteren Rand des Cervicalkanals konnte man eine schwammige Prominenz fühlen, die nur Placenta sein konnte. Somit wurde die Diagnose geliefert: Placenta praevia lateralis bei Schädellage, komplicirt mit mäßigem Hydramnios und primärer Wehenschwäche. Die Zeit zum Handeln war gekommen, denn das Blut floss jetzt sehr ausgiebig. Ich stand vor dem Dilemma: entweder bei stehender Blase kombinirt zu wenden und den Fuß zu holen, resp. direkt einzugehen und den Fuß zu extrahiren, was bei der ungenügenden Vorbereitung der Weichtheile sicher nur mit Schwierigkeiten gelingen würde, — oder, in der Hoffnung dass, mit dem Beginn einer energischeren Wehenthätigkeit, auch der Kopf tiefer treten und die blutende Placenta komprimiren wird, mich bloß auf den Blasensprung zu beschränken und den weiteren Verlauf abzuwarten. — Ein von mir hinzugezogener Kollege empfahl den ersteren Weg, ich entschloss mich aber für den zweiten, — und sprengte die Blase. Eine kolossale Menge Fruchtwasser entleerte sich, und die Blutung stand momentan still. Der Effekt war aber nur von kurzer Dauer. Wenn auch gleich darauf mehrere stärkere Wehen kamen und man durch den 2 Querfinger breit gewordenen inneren Muttermund den Kopf (allerdings noch sehr hoch) mit der Pfeilnaht im queren Beckendurchmesser fühlen konnte, hat sich der abgelöste Placentarlappen dennoch noch fühlbarer gemacht, und es verging kaum eine halbe Stunde, als eine profuse Blutung sich wiederum einstellte. Dessenungeachtet ließ ich mich von meinem Behandlungsplan nicht zurückbringen, und, da keine sehr bedrohlichen Zeichen von Anämie zu erkennen waren, entschloss ich mich, nach Darreichung einer Spritze Äther, den Cervix und die Vagina in oben geschilderter Weise nochmals fest auszutamponiren, um der Blutung Halt zu bieten und eine Reihe von kräftigen Kontraktionen auszulösen. Die Gefahr einer Verblutung nach innen konnte ich nicht hoch anschlagen, da der immer tiefer tretende Kopf einen wirksamen Damm gegen das in die Uterushöhle vordringende Blut bilden musste. Der genau gegen die blutende Stelle angepresste Tampon erfüllte vollauf seine Aufgabe. Die Blutung stand allmählich vollständig still und eine regelmäßige Wehenthätigkeit stellte sich ein[1]. Wie ich mich aus der 2 Stunden später vorgenommenen Exploration überzeugen konnte, war der Muttermund beinahe verstrichen, der Kopf ist noch tiefer getreten und die Placenta hat sich ziemlich retrahirt. Gegen 3 Uhr Nachmittags erfolgte die Geburt eines ausnahmsweise großen tief asphyktischen, weißen Kindes mit Nabelschnurumwicklung des Halses. Wir konstatirten nur zwei Athemzüge. Trotz aller Bemühungen ist es nicht gelungen, das Kind zu beleben. — Um Nachgeburtsblutung zu vermeiden, wurde die Placenta rasch gelöst und extrahirt. Nach 2 Spritzen Ergotin (1 : 5) kontrahirte sich der Uterus vortrefflich.

Bei der näheren Betrachtung der abnorm großen Nachgeburt erwies sich der blutende Lappen als eine Placenta succenturiata, welche mit der großen Masse der eigentlichen kreisrunden Placenta in Form eines handtellergroßen Segments durch eine nur dünne Substanzbrücke verbunden war. Die z. Th. klaffenden, z. Th. thrombosirten Gefäße waren deutlich zu erkennen. Die Hauptmasse war von zahlreichen Schwielen, die Innenfläche von vielen apoplektischen Herden und Cysten durchsetzt und besäet. Die kurze Nabelschnur inserirte excentrisch, ziemlich weit vom accessorischen Lappen.

Die Frau erholte sich trotz des großen Blutverlustes auffallend rasch, und der Verlauf des Puerperiums war durch keine Temperatursteigerungen gestört. Es sei erwähnt, dass in Rücksicht auf die häufigen Untersuchungen und manuellen Eingriffe eine ausgiebige Scheidendesinfektion vorgenommen, und nach Vollendung der Geburt auch der Uterus mit schwacher Karbollösung ausgespült wurde.

---

[1] Leider sind aber zu dieser Zeit die kindlichen Herztöne nicht mehr zu hören gewesen und die Frau gab an keine Bewegungen mehr zu fühlen.

Fassen wir die Eigenthümlichkeiten des berichteten Falles zusammen, so ergeben sich aus ihm manche Betrachtungen wenn nicht allgemeiner Natur, so doch der Art, dass ihre Verwerthung für ähnliche, wie der unserige, beschaffene Fälle nicht von der Hand zu weisen ist, — und zwar

1) ist der Schluss erlaubt, dass der Seyfert'sche Behandlungsplan der Placenta praevia, an den ich mich gehalten habe und der sich auch gut bewährt hat, in den Fällen, wie der unserige, wo bei Kopflage der Cervix für die Wendung resp. Extraktion noch nicht im gewünschten Maße vorbereitet ist und wo eine rasche Entbindung nicht unmittelbar indicirt ist, — die volle Beachtung verdient, während das »Berliner Verfahren«, das bei den weit bedenklicheren Fällen von Praevia centralis oder bei Querlage mit Praevia lateralis seine Souveränität behält, hier auf den zweiten Plan zurücktritt. Ich bin für meinen Theil froh, mich nach Einleitung kräftiger Wehen nur aufs genaue Beobachten des Geburtsverlaufes beschränkt und durch das Enthalten vor Polypragmasie manche Schwierigkeiten und Gefahren vermieden zu haben;

2) liefert der Placentarbefund eine Bestätigung der von Sänger, Küstner u. A. gemachten Beobachtung, dass die Entstehung der Placenta praevia — namentlich aber der Succenturiata — durch entzündliche Processe in der Decidua, folglich auch in der Placenta (Schwielen, Cysten etc. weisen darauf hin) so wie durch abnorme Größe derselben (Konrad u. A.) begünstigt wird. Dass aber diese entzündlichen Vorgänge mit cirkulatorischen Störungen bei der Frau (Ödeme, Varicen) in Zusammenhang standen, ist sehr plausibel.

---

1) **Frau Mochnatscheff.** Über die Beziehung zwischen der schwangeren Gebärmutter und der Zahl der farblosen Zellen im Blute, das dieselbe durchströmt. (Aus der akadem. geburtshilfl. Klinik des Herrn Prof. Lébédéff in St. Petersburg).

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

Ausgehend von der Frage, ob nicht die adenoide Struktur der Uterusschleimhaut einen Einfluss auf die Zunahme der farblosen Zellen im Blute von schwangeren und menstruirenden Frauen hat, untersuchte Verf. das Blut von 9 Schwangeren. Sie entnahm (im Ganzen 12 Versuche) je 2 Portionen Blutes innerhalb eines möglichst kurzen Zeitraumes: die eine aus dem allgemeinen Kreislaufe, z. B. aus einem Finger, die andere aus der Portio vaginalis, und zählte sowohl die farblosen als die rothen Blutkörperchen nach dem Verfahren von Malassez. Es ergab sich aus dem Vergleich der Ergebnisse mit Untersuchungsresultaten, welche andere Forscher an Nichtschwangeren erhalten hatten, dass das Blut der Schwangeren in der That anscheinend reicher ist an farblosen Zellen, als das Blut nichtschwangerer Frauen.

Ein Vergleich des Blutes aus dem allgemeinen Kreislauf mit dem des Uterus ergab ferner, dass das aus der Portio vaginalis entnom-

mene Blut während der Ruhe der Gebärmutter weniger weiße Zellen enthält, als das gleichzeitig aus der Hand genommene Blut derselben Schwangeren; dass aber der umgekehrte Befund erhalten wird während oder nach der Reizung des Uterus. Verf. vermuthet daher, dass ein Theil der farblosen Zellen vom Uterus zurückgehalten und als Material für das Wachsthum seiner mächtig wuchernden Schleimhaut, so wie auch für die Ernährung der Frucht gebraucht wird, und dass der sich kontrahirende Uterus die in ihm während der Schwangerschaft abgesperrten weißen Blutzellen aus sich auspresst.

Pfannenstiel (Breslau).

---

2) **Engelmann** (Kreuznach). Die Elektricität in der Gynäkologie.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

Verf., welcher das Verfahren Apostoli's an Ort und Stelle studirt hat, bringt eine umfangreiche Zusammenstellung der einschlägigen Litteratur. Er bespricht die theoretischen Erwägungen, welche sich an die Anwendung der Elektricität in der Gynäkologie knüpfen, und konstatirt, dass der konstante Strom in Folge seiner polaren Wirkung als örtlich wirkendes, leicht zu dosirendes und bequem zu handhabendes Ätzmittel zu betrachten ist, während über die interpolare Wirkung noch wenig positive Kenntnisse vorliegen. Bei der Betrachtung der Methoden der elektrischen Behandlung beschränkt sich Verf. auf das Verfahren von Apostoli, da sich alle früheren Methoden als unzureichend herausgestellt haben. Das Wesentliche und Neue an dem Apostoli'schen Verfahren besteht 1) in der Verwendung von sehr starken Strömen, 2) in der Messung des Stromes mittels genauer Galvanometer und 3) in der Verlegung des einen Poles in den Uterus, bez. in das Gewebe desselben (Elektropunktur) und dadurch bedingter Erhöhung der Wirkung. Verf. bespricht genau die Apparate und die Art und Weise der Handhabung derselben seitens Apostoli und Anderer. Er führt alle Erkrankungen an, bei welchen die Methode nach dem Urtheile bewährter Beurtheiler mit Erfolg angewendet werden kann und andere Mittel und Behandlungsverfahren zu übertreffen scheint. Besondere Aufmerksamkeit schenkt er der Wirkungsweise bei den Myomen des Uterus, über deren Erfolge und Misserfolge er in objektiver Weise aus der Litteratur berichtet. Verf. findet nur 28 diagnostisch zuverlässige Fälle, bei denen genaue Angaben gemacht worden sind über Umfang der Geschwulst und die Erscheinungen, welche durch sie bedingt wurden, vor und nach der Operation.

Nach Allem kommt Verf. etwa zu folgenden Schlüssen:

Der faradische Strom ist wirksam bei Neuralgie, der konstante außerdem vorwiegend als Resorption beförderndes und als örtlich wirkendes Mittel.

Von den verschiedenen Erkrankungen, bei welchen die Anwendung des elektrischen Stromes empfehlenswerth und berechtigt ist,

hebt E. hervor die Hysteroneuralgien, während bei allgemeiner Hysterie Vorsicht geboten sei, ferner Dysmenorrhoe und gewisse Formen der Amenorrhoe, Endometritis, Stenosen des Cervicalkanals und Erkrankungen des Ovariums mit Ausnahme der Geschwülste desselben. Entschieden beachtungswerth sei die Anwendung bei den Uterusmyomen, bei denen der Einfluss auf die Blutung von allen Seiten als günstig gerühmt wird, bei denen aber auch das Allgemeinbefinden in hohem Grade gebessert wird, wie auch die Schmerzen und die Druckerscheinungen, während die Geschwulst sich thatsächlich wohl nur wenig verkleinert. Misserfolge fehlen nicht, selbst vereinzelte Todesfälle, doch werden dieselben auf schlechte Antisepsis geschoben oder andere Fehler der Handhabung, vor Allem zu tiefe Punktion bei der Elektropunktur.

Pfannenstiel (Breslau).

---

3) **S. Prochownick** und **E. Spaeth** (Hamburg). Über die keimtödtende Wirkung des galvanischen Stromes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 26.)

P. und S. haben durch eine Reihe von Versuchen festgestellt, dass galvanische Ströme von bestimmter Intensität, wenn man sie genügend lange einwirken lässt, Staphylokokken, Streptokokken und Milzbrandbacillen, welche sich in lebenskräftiger Form und in einem für sie nicht schädlichen Medium an der Anodenplatte befinden, vollständig abtödten, die Kathode dagegen unwirksam ist. Die Anodenwirkung erklären sie durch Ausscheidung freien Chlors aus der von ihnen benutzten NaCl-Lösung, also eines energischen Antisepticum. Auch im menschlichen Körper wird nach den Erfahrungen der Verf. bei der Galvanisation des Uterus Chlor abgespalten. Sie haben denn auch bei einigen Fällen von Gonorrhoe mit der fraglichen Methode günstige Resultate erzielt.

Graefe (Halle a/S.).

---

4) **Steinschneider** (Franzensbad). Zur Differenzirung der Gonokokken.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 24.)

S., dem wir schon verschiedene werthvolle Arbeiten über den Gonococcus danken, hat denselben in der Neißer'schen Klinik von Neuem zum Gegenstand seiner Untersuchungen gemacht. Kulturversuche führten zu keinem befriedigenden Resultat; wenigstens waren sie zu diagnostischen Zwecken bisher nicht zu verwerthen.

S. suchte daher im Verein mit Galewski nach einer besonderen Färbemethode, durch welche die Gonokokken auch für den weniger geübten Untersucher und auch in jenen Fällen kenntlich sein würden, in welchen dieselben nicht vorwiegend in Schwärmen im Inneren von Zellen, sondern neben seltenen Haufen vorwiegend in einzelnen Paaren auftreten. Als solche bewährte sich ihnen die Roux-Gram'sche. Die Objektglaspräparate wurden 25—30 Minuten

in Anilin-Gentianaviolett belassen, abgespült, 5 Minuten der Jodjodkaliumlösung ausgesetzt, dann so lange in Alkohol gelassen, bis das Präparat entfärbt war. Nachdem es abgespült und getrocknet worden, wurde es schließlich mit Bismarckbraun oder verdünndem Löffler'schen Methylenblau nachgefärbt. Letzteres darf aber nur wenige Sekunden auf das Präparat einwirken.

In den so behandelten Präparaten nahmen die Gonokokken einen hellen Farbton an, während die anderen Diplokokken (bis auf 2 nur in 4,65% der Fälle vorkommenden Arten) schwärzlich gefärbt bleiben. Somit wird mittels der von S. und G. modificirten Roux-Gram'schen Methode eine fast sichere Differenzirung der Gonokokken von anderen Diplokokken erreicht.

Graefe (Halle a/S.).

---

5) **Petitpierre.** Über das Eindringen von Granulosazellen durch die Zona pellucida von menschlichen Eiern, nebst einigen Bemerkungen über die sogenannte kleincystische Degeneration der Ovarien.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXV. Hft. 3.)

Das zu Grunde liegende Material bildeten 37 Ovarien, welche bei Kastrationen gewonnen waren. Von 23 Ovarien, die wegen Ovarialneuralgie und anderer Neurosen exstirpirt worden waren, boten 21 makroskopisch das Bild der kleincystischen Degeneration dar. In den meisten Fällen ist dabei die Tunica albuginea ovarii verdickt, das Stroma der Rindenschicht hypertrophisch, die Zahl der Primordialeier in demselben gewöhnlich eine spärliche, in wenigen Fällen eine normale, die Zahl der wachsenden und ausgebildeten Follikel, so wie die der im Zugrundegehen begriffenen dagegen eine verhältnismäßig große. Die kleincystische Degeneration der Ovarien stellt also eine Hyperplasie dar, mit, wie es scheint, unverhältnismäßig starkem und raschem Verbrauche der drüsigen Bestandtheile. Verf. ist geneigt, diesen Zustand für pathologisch zu halten.

In $^2/_3$ der untersuchten Fälle fanden sich Eier in den Follikeln, durch deren Zona pellucida hindurch Zellen der Membrana granulosa in das Innere des Eies gedrungen waren, und zwar vorzugsweise in den kleineren mehr zusammengefallenen Follikeln, deren Membrana granulosa in Auflösung begriffen oder schon ganz verschwunden war, deren Ei, vielfach von veränderter Gestalt, frei in der Follikelhöhle lag. Verf. hält daher das Eindringen der Granulosazellen in das Ei für ein Zeichen des Untergangs der Eier. Die Zahl und Lage der eingedrungenen Zellen fand P. sehr wechselnd. In Betreff der sonstigen anatomischen Verhältnisse der Ovarien stimmt Verf. im Wesentlichen mit den von Nagel veröffentlichten Anschauungen und Beobachtungen überein, nur dass er in den wachsenden Follikeln nicht die sog. Nährzellen finden konnte.

Pfannenstiel (Breslau).

---

6) Thomen. Bakteriologische Untersuchungen normaler Lochien und der Vagina und Cervix Schwangerer.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

Verf. untersuchte 13 Wöchnerinnen, von welchen nur 10 im weiteren Verlaufe afebril blieben. Das Hauptgewicht legte er auf die Frage, ob die Lochien der Vagina beim normalen Wochenbett die bei puerperalen Erkrankungen gefundenen Kokken, also Streptokokken und Staphylokokken, enthalten. Zu bemerken ist, dass sein Untersuchungsmaterial vorher als Unterrichtsmaterial gedient hatte und dass andererseits vor, während oder nach der Geburt Scheidenausspülungen mit Sublimat unter sorgfältigem Auswischen der Vagina und womöglich der Cervix gemacht worden waren. Von jeder Wöchnerin entnahm er aus dem unteren und dem oberen Drittel der Vagina, aus der Cervix und aus dem Uterus unter den nothwendigen Kautelen Material zur bakteriologischen Untersuchung. Er fand, dass Gelatine nicht alle in der Vagina enthaltenen Bakterien auswachsen ließ, und verwendete desshalb im weiteren Verlaufe der Untersuchungen vorzugsweise Nähragar. Da auch aus der Luft keine beim Impfen in die Nährböden fallen konnten und thatsächlich die einfachen Kontrollgläser keine enthielten, so untersuchte T. auch die Luft des Gebärsaales und der Wochenstube und fand verschiedene Arten von Kokken und Bacillen, aber keine Eiterkokken. Um den Einfluss der Lochien auf das Wachsthum zu prüfen, entnahm er bei vier Wöchnerinnen zu 2 verschiedenen Zeiten Material, einmal unmittelbar nach der natürlichen Ausstoßung der Placenta und einmal 51—111 Stunden nach der Geburt. Die Untersuchungsergebnisse sind etwa folgende:

1) Die Lochien der Vagina enthalten unter normalen Verhältnissen zahllose Keime der verschiedensten Art, Diplokokken, Tafelkokken und Kurzstäbchen, keine Staphylokokken, dagegen relativ häufig Streptokokken. Da die mit den Streptokokken angestellten Impfversuche an Thieren, wie gewöhnlich, keine typischen Erfolge hatten, so sind diese Versuche nicht maßgebend. Trotzdem hält Verf. die Streptokokken für die pathogenen. Dass die Wochenbetten in diesen Fällen trotz der Streptokokken normal verliefen, sei einerseits die Wirkung der nach jeder Lochienentnahme gemachten Uterusausspülung, andererseits könnten aber auch manchmal Keime im Genitalkanal liegen bleiben, ohne Schaden zu machen.

2) Die Microorganismen sind zahlreicher in der Nähe des Introitus, als im oberen Drittel der Vagina.

3) Der Mikroorganismengehalt der Vagina ist in den ersten Tagen des Wochenbettes ein erheblich größerer, als unmittelbar nach der Geburt. Verf. glaubt, dass nicht nur die Vermehrung, sondern auch die nachträgliche Einwanderung der Bakterien diesen Befund erklären.

4) Die Lochien des Cervix waren in 2 Fällen steril, in einem

Fall war der Bakteriengehalt sehr spärlich, in 2 Fällen gering und in einem Falle reichlich.

5) Die Lochien der Gebärmutterhöhle waren in 4 Fällen steril, in den 3 übrigen wurden 2mal Streptokokken gefunden.

In der Vagina und Cervix der Schwangeren, welche T. untersuchte, fand er weder Staphylokokken noch pathogene (!) Streptokokken. Diese Schwangern waren vorher weder desinficirt noch explorirt worden. **Pfannenstiel** (Breslau).

---

7) **Nath** (Königsberg i/Pr.). Ist den Hebammen in Preußen fernerhin noch die Wendung zu gestatten?

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 23.)

N., Reg.- u. Med.-Rath in Königsberg, würde es auf Grund des ihm aus seinem Reg.-Bezirk zu Gebote stehenden Aktenmaterials nach Lage der dortigen Verhältnisse als einen verhängnisvollen, folgenschweren Missgriff ansehen, wenn den Hebammen die Vornahme der Wendung untersagt würde. Und die dortigen Verhältnisse, wie er sie theils aus eigener Anschauung, theils nach den Berichten der ihm unterstellten Kreisphysici schildert, sind allerdings derart, dass man ihm beistimmen muss. Sehr interessant ist die von ihm aufgestellte Statistik über in seinem Reg.-Bezirk von Hebammen und Ärzten ausgeführten Wendungen. Dieselbe ergiebt, dass seit 1857 die Zahl der von Hebammen vollzogenen Wendungen abgenommen, der von Ärzten zugenommen hat. Die Gesammtzahl der ersteren ist nicht derart, dass sie den Vorwurf zu großer Operationslust seitens der Hebammen rechtfertigte.

Unter 62 Wendungsfällen war die Operation nur 7mal nicht genügend begründet, d. h. nicht den Vorschriften des § 297 des Lehrbuches entsprechend; 26, d. h. 42%, führten zur Todtgeburt der Kinder; von 241 aber, welche von Ärzten im Beisein der Landhebammen ausgeführt wurden, 119, d. h. 49%.

Von den Müttern starben nach den 62 Wendungsfällen der Hebammen 3, d. h. 4,8%, nach den 241 der Ärzte 19, d. h. 7,9%.

Diese Zahlen beweisen, dass die Nachtheile für Mutter und Kind geringer sind, wenn die Hebammen die Wendung gemacht haben, als wenn sie durch weit hergeholte und spät erschienene Ärzte ausgeführt worden ist. Für den fraglichen Reg.-Bezirk wie vielleicht noch manchen anderen, in welchem die Verhältnisse ähnlich liegen, wird sich daher ein Verbot der Wendung durch die Hebammen nicht empfehlen. **Graefe** (Halle a/S.).

---

8) **A. Dührssen** (Berlin). Der Einfluss der Antisepsis auf geburtshilfliche Operationen und die hieraus resultirenden Aufgaben der modernen Geburtshilfe.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 23 u. 24.)

D. spricht sich für eine ausgedehntere Anwendung operativer Maßnahmen behufs Herabsetzung der Mortalität der Kreißenden aus

nicht infektiösen Ursachen und Rettung einer größeren Anzahl sonst verlorner Kindesleben aus. Den Lesern dieses Blattes sind seine diesbezüglichen Vorschläge so wie der gegen dieselben erhobene, energische Widerspruch aus den Sitzungsberichten der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in No. 14 und 16 dieses Jahrganges bekannt.

Ein häufigeres, geburtshilfliches Operiren, als es bisher üblich war, müsste unbedingt verworfen werden, falls durch dasselbe die Mortalität an Puerperalfieber gesteigert wird. Hegar ist der Ansicht, dass dem so sei. Er hat (Zur puerperalen Infektion und zu den Zielen unserer modernen Geburtshilfe. Sammlung klin. Vorträge No. 351) statistisch nachgewiesen, dass die Sterblichkeit nach Operationen, in Procent aller Geburten ausgedrückt, in den Jahren 1883—87 fast gerade so hoch war, wie in den Jahren 1870—72. Er erklärt dies Faktum durch die große Zunahme der geburtshilflichen Operationen. Die Vielthuerei hat nach seinem Dafürhalten das durch Antisepsis, bessere wissenschaftliche und technische Ausbildung Erreichte wieder zunichte gemacht.

D. stellt diese Thatsache nicht in Abrede, er sucht aber in der vorliegenden Arbeit an der Hand eines wenn auch nicht sehr großen, doch immerhin beachtenswerthen Materials den Nachweis zu erbringen, dass geburtshilfliche Operationen an sich keineswegs eine Steigerung der Mortalität an Sepsis bedingen, wenn nur der Eingriff für den einzelnen Fall richtig gewählt und vor Allem streng antiseptisch verfahren wird.

Ref. will die einzelnen Zahlenangaben des Verf. hier nicht wiederholen. Nur so viel sei erwähnt, dass von 230 Operirten 4 starben, eine an post part. andauernder Eklampsie, 3 an Sepsis. Letztere fiel aber, wie nachgewiesen wird, nicht den Operationen an sich zur Last. Auch die Morbidität überstieg die nach spontanem Geburtsverlauf nicht. Sämmtliche Fiebernde genasen außerdem vollständig.

Die Furcht vor atonischen Nachblutungen nach geburtshilflichen Operationen erklärt D. Dank seiner Tamponade des Utero-Vaginalkanales für unbegründet. — Abgesehen von Dammrissen kamen nur wenige sonstige Verletzungen vor. Auch sie heilten.

Demnach hält sich D. für berechtigt, die Indikationen für geburtshilfliche Operationen in den Fällen zu erweitern, bei welchen operative Eingriffe eine Herabsetzung der Mortalität aus nicht infektiösen Ursachen und die Rettung einer großen Zahl sonst verlorner Kindsleben ermöglichen. Er rechnet hierher die manuelle Lösung der Placenta bei trotz der gewöhnlichen Maßnahmen anhaltender, wenn auch nicht profuser Blutung, die manuelle, bezw. instrumentelle Ausräumung der Uterushöhle bei Abort; die beschleunigte Entbindung bei Eklampsie, und alten Erstgebärenden durch tiefe Cervix-, eventuell auch Scheidendammincisionen, die prophylaktische Wendung bei plattem Becken. **Graefe** (Halle a/S.).

Kasuistik.

9) Gynäkologische Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 27. Mai 1890.

Vorsitzender: Herr Lomer; Schriftführer: Herr Jacobsen.

Herr Lomer demonstrirt:

1) Linksseitige Tubengeschwulst, gewonnen von einer 37jährigen Nullipara, die vor 13 Jahren, gleich nach der Hochzeit und anschließend an einen zweifelhaften Abortus, eine schwere Unterleibsentzündung mit jahrelang bestehenden Exsudaten durchgemacht hatte. In letzter Zeit war gleichzeitig mit einer Parese des linken Beines ein allen Mitteln trotzender Schmerz der linken Unterleibsgegend aufgetreten. Man fühlte hier, neben dem Uterus, einen apfelgroßen Tumor, der von Zeit zu Zeit, unter besonders heftigen und eigenartigen Schmerzanfällen, rupturirte und nach seiner Entleerung in die Bauchhöhle dann tagelang bei der Untersuchung nicht zu finden war. Nachdem alle Mittel erschöpft und speciell eine monatelange Massagekur ohne Erfolg angewandt worden war, wurde in Trendelenburg'scher Lage die Laparotomie gemacht. Es fand sich eine mit der Tube so wie mit dem adhärenten Ovarium kommunicirende Cyste des Lig. latum von zahlreichen perisalpingitischen und perioophoritischen Strängen überbrückt. Auf der rechten Seite war eine ähnliche Tuboovarialcyste im Begriff sich zu bilden. Der Heilungsverlauf war ein normaler, Schmerzen und Parese des linken Beines schwanden nach der Operation.

Herr Lomer bespricht sodann 2 Fälle von Nephritis in der Schwangerschaft, komplicirt mit Sehstörungen in einem Hause beobachtet.

1) 33jährige Primipara. Seit 4 Wochen Ödeme und allmählich zunehmende Sehstörungen. Seit 24 Stunden Aufhören der Kindsbewegungen, starke Blutungen und atypische krampfartige Wehen — L. fand die Gebärende sehr anämisch vor, an dem ödematösen Arm war gar kein Puls zu fühlen, die Kranke selbst gab an, fast ganz erblindet zu sein. Uterus sehr gespannt, äußerlich nichts durchzufühlen. Muttermund 2markstückgroß, ein Rand der Placenta darin fühlbar. Schädellage. Tod der Frucht an den schlotternden Kopfknochen erkennbar. Bei den außerordentlich schmerzhaften krampfartigen Wehen geht beständig Blut ab. Kombinirte Wendung in Narkose. Dieselbe ist aber schwierig wegen der Spannung der Uteruswand. Große Blutgerinnsel im Uterus. Extraktion einer 8monatlichen abgestorbenen Frucht. Die manuell entfernte Placenta zeigt zahlreiche weiße Infarkte und ist in ihrer Mitte in handtellergroßer Ausdehnung durch einen Bluterguss kuppelförmig aufgehoben. Nach Entleerung des Uterus wird der Puls wieder fühlbar. Der Urin gerinnt gänzlich im Reagensglase beim Kochen und zeigt in jedem mikroskopischen Präparat dicht an einander liegende körnige und hyaline Cylinder. Unter profusen Schweißausbrüchen verschwinden im Wochenbette die Ödeme rasch, etwas langsamer verringert sich der Eiweißgehalt und am längsten blieben noch die Sehstörungen, wenn auch in viel geringerem Grade, bestehen.

2) In denselben Tagen, da L. obigen Fall in Behandlung hatte, kam aus demselben Hause eine Gravida, im 8. Monat Multipara, zu ihm und klagte über außerordentlich heftige Kopfschmerzen und über Sehstörungen. Es waren keine Ödeme da, der Urin war indess stark eiweißhaltig und war mit zahlreichen feinkörnigen und hyalinen Cylindern versetzt. Da trotz Bettaufenthalt und Milchdiät sowohl Kopfschmerzen als auch Sehstörungen zunahmen und letztere in 2 Tagen fast bis zur Erblindung führten, beschloss L. die künstliche Frühgeburt einzuleiten. Angeregt durch die kürzlich dem Verein mitgetheilten Versuche Schrader's versuchte Vortr. durch Umschläge auf den Leib (abwechselnd mit heißem und mit Eiswasser in 5 Minuten dauernden Zwischenräumen) Wehen zu erzeugen. Nachmittags um 5 Uhr wurde mit den Umschlägen begonnen. Um 7 Uhr Abends stellten sich Wehen ein und um 1 Uhr Nachts wurde spontan das lebende frühreife Kind geboren. An der Placenta war nichts Abnormes. Die Kopfschmerzen ließen mit Entleerung des Uterus an Heftigkeit wohl nach, bestanden

aber noch längere Zeit weiter und zwar so stark, dass die Kranke desshalb keinen Schlaf bekam. Am 5. Tage des Wochenbettes war das Albumen aus dem Urin geschwunden. Die Sehstörungen hielten am längsten an und waren noch recht merklich, als Pat. nach 14 Tagen das Bett verließ. Das Kind starb nach einer Woche an Atrophie. Beide Kranke gingen wegen der Sehstörungen in die Behandlung des Herrn Dr. Herschel über.

Herr Herschel, als Gast, berichtet über die beiden von Herrn Lomer beobachteten Fälle von Nephritis. Während bei dem ersten Falle keine Retinitis bestand und Herschel die Sehstörungen sich nur durch Urämie, die bestehende Accommodationslähmung durch den allgemeinen Kräfteverfall erklären kann, bot der zweite Fall das Bild der ausgesprochenen Retinitis albuminurica. Diese scheint in der Schwangerschaft sehr selten vorzukommen, Herr H. sah bisher 3 Fälle. Prognose im Allgemeinen bei Schwangerschaft günstiger, wie in anderen Fällen.

4) Herr Lomer demonstrirt einen Uterus, von einer Sektion gewonnen. Pat. war seit 4 Monaten verheirathet, die Periode sollte 3 Monate ausgeblieben sein, und die Größe des Uterus stimmte mit Schwangerschaft im 3. Monat überein. Sie erkrankte dann mit starken Hämorrhagien. Tamponade mit Jodoformgaze unter allen antiseptischen Kautelen durch den Hausarzt. Darauf Fieber mit Schüttelfrost und Exitus letalis. — Sektion ergab: Allgemeine Peritonitis. Eiterherde an der Außenfläche des Uterus und in beiden Ovarien. Im Uterus aber anstatt des erwarteten Eies ein submuköses Myom.

5) Ein durch Sektion gewonnenes Präparat vom Fehlen einer (der linken) Tube. Die rechte Tube ist entsprechend länger entwickelt.

6) Eine Aspirations-Spritze mit langer Nadel zum Aufsuchen und Aspiriren von Eiterherden resp. zu Probepunktionen von der Vagina aus bestimmt.

Herr Kümmel bespricht 2 Laparotomien, bei deren Ausführung sich massenhafter Eiter in die Bauchhöhle ergoss. — Beide Fälle sind günstig verlaufen. Der 1. Fall: Myome mit Umwandlung der beiderseitigen Ovarien und Tuben in große Eitersäcke, die bei der Auslösung platzten, heilte ohne gründliche Toilette des Bauchfelles mit geringem Fieber. Der 2. Fall (Darmcarcinom) (Carcinom des Mesenterium und Pyometra), bei dem das Carcinom und der Uterus exstirpirt wurden und der massenhaft in die Bauchhöhle sich ergießende Eiter auch nicht gründlich entfernt werden konnte, verlief reaktionslos.

Sitzung vom 10. Juni 1890.

Vorsitzender: Herr Hotte; Schriftführer: Herr Lomer.

Herr Kümmell demonstrirt eine durch die Laparotomie gewonnene Hämatosalpinx. Die 40 Jahr alte Pat. wurde ins Krankenhaus aufgenommen mit der Diagnose Haematocele retrouterina, nachdem sie während der Menstruation mit heftigen Schmerzen erkrankt war. Es bestand leichtes Fieber und der Fall wurde mit Eis und Ruhe behandelt. Nach 4—5 Wochen fand man bei der Untersuchung in Narkose das kleine Becken ausgefüllt mit einem kindskopfgroßen prall elastischen Tumor. Die Diagnose wurde jetzt auf Ovarialtumor mit Stieltorsion gestellt und in Beckenhochlegung die Laparotomie ausgeführt.

Außer leichten Verklebungen der Därme und Reste größerer Blutcoagula im Abdomen fand man zwei mit Blut prall gefüllte Tuben; an der einen sah man noch die Rissstelle, aus welcher das Blut in die Bauchhöhle gedrungen war. Ob Graviditas extra-uterina die Ursache der Blutung gewesen, konnte nicht festgestellt werden. Beide Tuben waren nach dem Uterus zu abgeschlossen.

Herr Kümmell demonstrirt ferner ein Enchosarkom der Beckenwand. Der Tumor bestand bei der 19jährigen Pat. seit 2 Jahren und saß der Symphyse respektive der Beckenschaufel fest auf. Auffallend war der geringe Harnstoffgehalt des Urins. Operation nach Bardenheuer. Die Peritonealhöhle musste trotzdem eröffnet werden, da der Tumor fest vom Peritoneum überzogen war. Nach Abmeißelung der Geschwulst von der Symphyse ließ sich ein flächenartiger Stiel bilden. Dabei wurde ein Stück Blase mit entfernt. Nach Vereini-

gung des Peritoneum wurde die Blasenwunde extraperitoneal vernäht. Durch den großen Blutverlust war die Kranke fast pulslos geworden. Infusion von 1000 g Kochsalzlösung in den Oberschenkel (intramuskulär). Die Kranke wurde heute operirt. Vorläufig geht es ihr gut.

Herr Lomer empfiehlt die Eingießungen von Kochsalzlösung in das Rectum bei hochgradiger akuter Anämie.

Herr Kümmel hat alle Methoden der Infusionen durchprobirt und glaubt mit der intermuskulösen Methode die besten Resultate erzielt zu haben.

Herr May sah von den Infusionen per rectum Gutes. Einmal ließen sie ihn jedoch im Stich.

Herr Grapow betont, dass der Vortheil der Rectaleingießungen auch darin zu suchen sei, dass man damit Analeptica wie auch Alkohol in den Körper einführen könne.

Herr Lomer und Herr Grapow citiren Fälle, in welchen Rectaleingießungen geradezu lebensrettend waren.

Herr Raether hält seinen angekündigten Vortrag über »Eine Methode zur schnellen Erzielung eines künstlichen Abortus.

---

10) **Maury.** Bericht über gynäkologische Operationen mit Berücksichtigung der Methoden.

(Med. news 1890. Januar 4. p. 5.)

Die aufgeführten Operationen wurden fast alle im letzten Jahr in einem Privatinstitut ausgeführt. Es sind:

21 Laparotomien meist wegen Kystomen mit 2 Todesfällen = 9,5 %,
2 Laparotomien wegen ektopischer Schwangerschaft mit 2 Todesfällen = 100 %,
14 Dammriss-Operationen,
5 Rectoplastiken,
4 vordere Kolporrhaphien,
28 Operationen wegen Cervix-Rissen.

Bei 3 der aufgeführten Laparotomien fanden starke Blutungen statt, welche in einem der Fälle zum Tode führte; da Verf. einen Grund nicht auffinden konnte, ist er geneigt, die Allgemeinwirkung der »cystischen Degeneration« verantwortlich zu machen.

Er sucht möglichst aseptisch zu operiren, macht bei Bauchschnitten kleine Einschnitte, spült mit warmem gekochten Wasser die Bauchhöhle aus, fasst bei der Bauchnaht die ganze Dicke der Bauchwände und bedient sich oft der Drainage. In der Nachbehandlung vermeidet er thunlichst das Opium und sorgt am 2. bis 3. Tage für Stuhlgang. Als Nähmaterial für seine plastischen Operationen benutzte er Martin's Katgut, dessen Operationsmethoden er auch zu folgen pflegte.

Lühe (Demmin).

11) **Franklin Townsend** (Albany). Bericht über 80 Fälle von rapider Erweiterung des Cervicalkanals bei Dysmenorrhoe und Sterilität.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. December. p. 1271.)

T. hat mit dem von Goodell im Jahre 1884 angegebenen Verfahren der rapiden Erweiterung in der Narkose sehr gute Resultate erzielt. In 57 Fällen von Dysmenorrhoe bei Jungfrauen hat er 53mal Erfolg gehabt, nur 3mal ließ ihn das Verfahren im Stich und in 1 Falle trat Verschlimmerung der Erscheinungen ein. Die 23 Fälle bei verheiratheten Frauen hat er sämmtlich geheilt. In 17 der letzteren wurde die zugleich bestehende Sterilität geheilt, nur in 6 Fällen hatte er Misserfolg zu verzeichnen.

Die Umgebung der Gebärmutter muss frei von Entzündung sein, dagegen ist eine bestehende Metritis, Endometritis oder Lageveränderung keine Gegenanzeige.

Die Operation soll wo möglich nicht später als 8—10 Tage nach Ablauf einer Periode stattfinden, damit die Heilung der zerrissenen und zerquetschten Muskelfasern vollendet ist und der Stift Zeit hat, die wieder eintretende Verengerung zu

verhindern. Strenge Antisepsis ist geboten; die Kranke wird narkotisirt in der Seitenlage, der Uterus herabgezogen, zunächst ein kleiner, dann der große von Goodell modificirte Ellinger'sche Dilatator eingeführt und sehr allmählich mindestens auf 1 Zoll erweitert, dann ein Stift aus Hartgummi, welcher nicht länger als höchstens $1^1/_2$ Zoll sein darf, eingeführt und ein Tampon eingelegt. Gewöhnlich bleibt die Kranke eine Woche zu Bett. Der Stift wird vor der nächsten Periode entfernt und nach derselben wiederum eingeführt. **Engelmann** (Kreuznach).

12) Everke (Bochum). Ein Fall von spontaner perforirender Scheidenzerreißung mit vollständigem Austritt des Kindes und der Placenta in die Bauchhöhle. Genesung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 26.)

31jährige, kyphoskoliotische VII para. Erster Partus Forceps. Die 5 weiteren normal. Weheneintritt am normalen Termin. Sehr heftige Wehen. Blasensprung. Vorfall der Hand. Querlage. Auf der Höhe einer Wehe schreit die Kreißende plötzlich auf. Seitdem heftiger Schmerz, Collaps. Nachlass der Wehen. — Beim Eingehen in die Scheide stößt die Hand nach Wegräumung von Blutgerinnseln auf Därme. Wendung. Leichte Extraktion des Kindes, dann der Placenta durch den perforirenden Riss. Prolaps dreier Darmschlingen. Manuelle Reposition derselben. Abermaliger Vorfall durch Herabdrücken des Uterus verhindert. Starke Blutung aus dem Scheidenriss, der sich beiderseits bis zur Excavatio vesicouterina erstreckt. Cirkuläre Naht desselben. Blutung steht. Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze. Genesung.

E. nimmt eine spontane Ruptur an, deren Zustandekommen durch die Ausdehnung der Gebärmutter in der Schwangerschaft nach vorn in Folge Hängebauches und der geringen Entfernung zwischen Rippenrand und Darmbeinschaufel, durch die durch diese Momente erfolgte Dehnung der Uterusligamente, ferner durch die Dehnung des mürben und schlaffen hinteren Scheidengewölbes begünstigt wurde.

Die von Dührssen auch für Fälle von blutenden Cervixrissen empfohlene Jodoformgazetamponade wandte E. nicht an, um mit Sicherheit (durch die Naht) der hochgradig anämischen Wöchnerin jeden weiteren Blutverlust zu ersparen, da sie ihn einmal bei ähnlicher Gelegenheit im Stich gelassen. Bei Fällen einfacher Atonie hat sie sich auch ihm dagegen bewährt. **Graefe** (Halle a/S.).

13) L. Casper (Berlin). Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der Sterilitas virilis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 16.)

C. konstatirte bei einem kräftigen Mann, der seit 2 Jahren steril verheirathet war, Azoospermie. Gleichzeitig fand er Anzeichen eines Luesrecidives, welches er, da andere ursächliche Momente fehlten, für die Azoospermie verantwortlich machte. Der Erfolg einer antisyphilitischen Kur bestätigte diese Vermuthung. Nach mehrmonatlichem Gebrauch einer solchen fanden sich wieder einige sich träge bewegende Spermatozoen. Nach fortgesetztem Jodkaligebrauch vermehrten sie sich und zeigten normale, lebhafte Bewegung. Bald darauf koncipirte die Frau des Pat. Das rechtzeitig geborene Kind war hereditär luetisch.

Die C.'sche Mittheilung beweist, dass die Behandlung der Azoospermie wenigstens in einigen, wenn auch seltenen Fällen keine ganz aussichtslose ist. Es bleibt abzuwarten, ob weitere Beobachtungen einen häufigeren Zusammenhang zwischen Lues und Azoospermie ergeben. **Graefe** (Halle a/S.).

14) R. Arndt (Greifswald). Magenerkrankung, Magenverschwärung und Erkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 17.)

A. ist der Ansicht, dass braune oder hämorrhagische Magenerweichung nicht nur unmittelbar vom Gehirn, sondern auch von anderen, namentlich den Geschlechtsorganen aus auf Grund von Reflexvorgängen im Gehirn, als einem Theil des großen Reflexapparates, den das Centralnervensystem überhaupt darstellt, gelegentlich zu Stande kommen kann. Als Beleg führt er eine Krankengeschichte an.

Eine 43jährige, neuro- bezw. psychopathisch belastete, seit 16 Jahren verheirathete Multipara war bereits im 27. Lebensjahre, nachdem widrige Verhältnisse sie beeinflusst, unmittelbar nach dem Ausbleiben der Menses an Erregungs-, dann Angstzuständen, schließlich Tobsucht erkrankt, nach einem Aufenthalt in der Greifswalder Irrenklinik aber völlig geheilt wieder entlassen. Von da ab war sie bis auf Verdauungsbeschwerden, chronische Verstopfung u. dgl. gesund gewesen. 16 Jahre später, nachdem Pat. kurz zuvor heftige psychische Erregungen gehabt und die Menses ausgeblieben waren, brach wieder Tobsucht aus, an der sie in der genannten Klinik zu Grunde ging.

Die Sektion ergab keine großen Veränderungen im Gehirn und seinen Hüllen, dagegen auffallend kleine Eierstöcke und einen auffallend vergrößerten Uterus mit harter, knolliger, sehr blutreicher Portio. A. sieht diese Erkrankung des Uterus bezw. der Ovarien als die indirekte Ursache der tiefgehenden bei der Autopsie nachgewiesenen Veränderungen im Intestinaltractus, Erweichung des Magens, Geschwürsbildung auf der Schleimhaut desselben, die auf die Leber übergegriffen hatte etc. an. **Graefe** (Halle a/S.).

15) J. Werner (Posen). Ein Beitrag zur Lehre von den Entwicklungsstörungen der weiblichen Geschlechtsorgane.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 11.)

W. fiel bei einer 30jährigen wegen einer akuten Erkrankung in das städtische Krankenhaus zu Posen aufgenommenen Pat. der eigenthümlich gedrungene Bau des Thorax, das Fehlen der Mammae, der Achsel- und Schamhaare auf. Die Untersuchung der Genitalien ergab, dass auch die Lab. majora völlig fehlten und die Lab. minora nur durch papierdünne, leicht wellige Fältchen vertreten wurden. Frenulum und Präputium clitoridis waren ausgebildet, die Clitoris selbst etwas größer als gewöhnlich. Die Scheide war von normaler Länge, aber so eng, dass der Zeigefinger sie völlig ausfüllte. Die Portio wurde durch einen halbkugligen Wulst mit einem kleinen Grübchen angedeutet. Trotz Untersuchung in Narkose gelang es nicht, innere Geschlechtsorgane nachzuweisen.

Interessant ist es, dass bei der Pat. auch das Geistesleben sehr mangelhaft entwickelt war. **Graefe** (Halle a/S.).

16) G. N. Cloker (Washington). Ein Fall von verlängerter Schwangerschaft.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. December. p. 1276.)

Die Kranke ist Mutter von 4 Kindern und hat mehrmals abortirt. Die früheren Schwangerschaften verliefen normal in Betreff der Dauer. Ein Abort erfolgte im März 1888, danach wurde die Kranke an Retroversion und Blutungen behandelt. Am 15. Mai hatte sie zum letzten Male ihre Periode und am 20. Mai ein einziges Mal für Monate Connex mit ihrem Manne. Mitte Juni bekam sie Übelkeit und morgendliches Erbrechen, Ende September fühlte sie Kindsbewegungen. Als wahrscheinlicher Tag der Entbindung wurde der 27. Februar angenommen. Die Schwangerschaft verlief mit Ausnahme einiger geringfügigen Blutungen vollkommen normal. Die Geburt erfolgte am 23. März, das Kind, ein Mädchen, erschien nicht größer, als ein Kind am gewöhnlichen Ende der Schwangerschaft. Die Dauer derselben betrug 305 Tage. **Engelmann** (Kreuznach).

17) Lang. Fall von ungewöhnlicher Toleranz der schwangeren Gebärmutter.

(Med. record 1889. December. 28. p. 707.)

In Folge der Annahme einer Endometritis und Subinvolution des Uterus nach Entbindung hatte ein Arzt nicht nur die Sonde mehrmals ohne Schwierigkeit eingeführt, sondern auch mit der Curette das Endometrium 2mal ausgeschabt. Dennoch trat kein Abort ein, sondern Entbindung ohne Kunsthilfe zur richtigen Zeit, das Kind war gesund! **Lühe** (Demmin).

18) Engelmann. Menstruation und Schwangerschaft nach Entfernung beider Eierstöcke.

(New York med. journ. 1890. Januar 4. p. 23.)

Die Fortdauer der Menstruation nach Entfernung beider Eierstöcke ist stets die Folge des Zurücklassens kleiner Stücke von Eierstocksgewebe, ganz gleichgültig, ob sie in Zusammenhang mit einem Eileiter geblieben sind, oder nicht. Selbst verlängerte Stiele können solche Stücke enthalten. Allerdings behalten sie nicht stets ihre volle Vitalität, allein es ist doch nicht selten, dass sie funktionstüchtig bleiben. Um also einen vollen Erfolg von der Oophorektomie erwarten zu können, muss man sicher sein, beide Ovarien ganz zu entfernen, ohne Bruchstücke zurückzulassen, wenn man Gewebsschrumpfung oder Aufhebung starker Blutungen bei Fibroiden so wie Heilung krankhafter Nervenzustände erreichen will. Dagegen ist das absichtliche Zurücklassen gesunden Eierstocksgewebes bei Frauen in jüngeren Lebensjahren wegen etwaiger späterer Schwangerschaften von größtem Werth.

Lühe (Demmin).

19) George Edebohls. Tube von Tubenschwangerschaft mittels Elektricität erfolgreich behandelt.

(Med. record 1889. December 7. p. 628.)

Tubenschwangerschaft diagnosticirt, ehe Riss des Eisacks eingetreten, darauf Anwendung eines unterbrochenen galvanischen Stromes von 75 Milliampères Stärke, eine Elektrode in der Vagina gegen den Tumor angedrückt, die andere auf dem Abdomen, 6 Sitzungen. Obgleich Anfangs sich Uteruskontraktionen einstellen, entsteht doch keine Ruptur, Morphium wird mehrmals subkutan gegeben. Es soll Tödtung des Fötus und gänzliche Aufsaugung der Geschwulst erzielt sein.

Lühe (Demmin).

20) Everke (Bochum). Ein Fall von konservativem Kaiserschnitt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 29.)

36jährige Vpara. 4 Geburten normal. Seit einigen Jahren Basedow'sche Krankheit. Kräftige Wehen. In der Scheide ein das rechte Gewölbe herabdrängender praller Tumor. Kopf über dem Becken. Vergeblicher Zangenversuch. Auch das Zurückdrängen des Tumors in das Becken in Narkose gelingt nicht. Punktion wie Incision derselben ergiebt, dass er solid. Enukleationsversuch. E. konstatirt, dass der Tumor in das große Becken heraufreicht. Sectio caesarea nach Sänger. Lebendes Kind.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird konstatirt, dass das Myom unter dem emporgehobenen Douglasperitoneum sitzt. Enukleation desselben von der Scheide aus. Jodoformgazetamponade der Höhle. Anfangs fieberhafter Verlauf. Pat. nach 4 Wochen geheilt entlassen.

E. macht auf die schwierige Differentialdiagnose bezüglich der Art der Geschwulst in solchen Fällen aufmerksam. Eingekeilte Ovarialcysten fühlen sich durch den Druck des vorliegenden Kindestheils prall an, Myome weicherer Konsistenz können Fluktuation vortäuschen. Verf. ist der Ansicht, dass oft eine Probepunktion nicht zu vermeiden ist, der bei flüssigem Inhalt breite Incision folgen muss.

Submuköse Cervicalmyome sollen, wenn möglich, ante partum von der Scheide aus entfernt werden. Meist gelingt dies bei solchen, welche sich nach der Vagina hin vergrößert haben. Mundé hat 16 solche Fälle zusammengestellt. Dagegen ist keiner bekannt, wo pro ante oder intra part. ein retrocervicales oder retrovaginales Myom von der Vagina aus enukleirt und so der Kaiserschnitt umgangen worden wäre.

E. empfiehlt in solchen Fällen, das Myom nach dem Kaiserschnitt zu enukleiren, den Uterus zu erhalten. Die Amputation desselben nach Porro ist hier ungeeignet, da sich nicht gut ein Stiel bilden lässt. Erweist sich der retrocervicale Tumor für die vaginale Enukleation zu groß, so soll er von der Bauchhöhle aus ausgeschält, die Wundhöhle nach der Scheide zu drainirt und mit Jodoformgaze ausgestopft werden.

Graefe (Halle a/S.).

21) Hertzsch. Sieben weitere Beiträge zur Lehre vom konservativen Kaiserschnitte.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVII. Hft. 1.)

H. fasst bei der Besprechung der 7 Fälle vorzugsweise die so lästigen Verwachsungen der Gebärmutter mit der Bauchwand ins Auge. Dieselben traten unter den 7 Fällen 5mal auf, 1mal wurde der Kaiserschnitt an derselben Frau zum zweiten Male vorgenommen. Auch hier Verwachsungen von der ersten Operation her und in Folge dessen hochgradiger Hängebauch. Alle Versuche, diese Verwachsungen zu verhüten, wie Verlegung des Schnittes nach oben über den Fundus oder tief nach unten, Bestreichen der Uteruswunde mit Jodoformkollodium, Übernähen einer Fischblase über die vordere Fläche des Uterus, isolirte Naht des Bauchdeckenperitoneums, waren fehlgeschlagen. Verf. hält diese Verwachsungen nicht für ungefährlich und konstatirt, dass sich dieselben nicht nach einer gewissen Zeit wieder lösen. Zur Naht empfiehlt er Juniperusölkatgut wegen der besseren Aufsaugungsmöglichkeit und der größeren Geschmeidigkeit. Chromsäurekatgut zeigte sich in dem Fall von wiederholtem Kaiserschnitt noch nicht resorbirt von der ersten Operation her, dagegen war eine feste, die ganze Dicke der Uterusmuskulatur betreffende Narbe entstanden. »Vollkommen neu« nennt H. die Art der von Zweifel angewendeten Uterusnaht, die Wandung ohne Berücksichtigung der Decidua ganz zu durchstechen, obwohl er selbst erwähnt, dass Fritsch bereits ein Jahr früher seine mit dieser Naht gemachten günstigen Erfahrungen veröffentlicht hat. Die sero-seröse Naht wurde nicht zur Blutstillung, sondern nur zur etwaigen Vermeidung von Verwachsungen angelegt. Dringend empfiehlt Verf., im Beginn der Operation Ergotin zu verabfolgen. Das Ergebnis aller 7 Fälle war durchweg günstig.

Pfannenstiel (Breslau).

22) Guéniot (Paris). Geburtshindernis durch fötale Nierentumoren.

(Mercredi médical 1890. No. 16.)

G. berichtet in der Sitzung der Académie de médecine vom 22. April 1890 von einer im 8. Monat II para; die Blase war gesprungen, die Wehen kräftig; Kopf und Arme waren geboren, aber trotz kräftigen Ziehens konnte der übrige Theil des kindlichen Körpers nicht entwickelt werden. Bei intra-uteriner Untersuchung konstatirte G., dass das Geburtshindernis durch die Entwicklung des fötalen Abdomens gebildet wurde. Es fragte sich, war es Ascites, oder Urinretention oder ein Tumor. Da die Probepunktion ergab, dass es sich um eine solide Masse handelte, so spaltete er mit gebogenen Messern das Abdomen des Fötus; nach Exstirpation der Leber kam er auf einen Tumor, den er zerkleinerte. Dann ließ sich die Geburt leicht beenden. Jede von beiden Nieren hatte folgende Maße: 3 cm lang, 9 cm breit, 4 cm dick; sie bildeten multiloculäre Cysten.

K. Ruhemann (Berlin).

23) Taylor. Chronische Entzündung, Infiltration und Verschwärung der äußeren weiblichen Genitalien mit einer Betrachtung über die Frage des Esthiomènes oder Lupus dieser Theile.

(New York med. journ. 1890. Januar 4. p. 2.)

Als Grundlage zu dem vorliegenden Aufsatz haben T., Professor der Dermatologie in New York, mehrere hundert Fälle von Hypertrophie und mehrere tausend verschiedener Krankheiten der Vulva gedient. Vor Allem wendet sich F. gegen die sehr gebräuchliche Anschauung von der lupösen Natur der Geschwürsbildung und von der Elephantiasis der Labien bei hyperplastischen Wucherungen. Er stellt folgende Sätze auf:

1) Der größte Theil aller Deformitäten der Vulva ist die Folge einer einfachen Hyperplasie der Gewebe, veranlasst durch einen Reiz, Entzündung und Trauma;

2) chronischer weicher Schanker bildet eine zweite Reihe von Fällen;

3) vielfach liegen syphilitische Infiltrationen vor;

4) in anderen Fällen handelt es sich um ein hartes Ödem in der Umgegend einer initialen Sklerose oder eines Gumma;

5) zuweilen besteht einfache Hyperplasie bei alten Syphilitikern, welche noch an chronischen Geschwüren der Vulva leiden, nachdem schon alle anderen specifischen Erkrankungen verschwunden sind;

6) bei denselben kommen selbst ohne begleitende Geschwürsbildung einfache Hyperplasien vor.

Eine große Zahl von photographischen Abbildungen stellt die einzelnen Formen in guten Beispielen dar, die Krankengeschichten dazu sind zur Erläuterung beigegeben. Mikroskopische Bilder zeigen den Bau dieser Hyperplasien. Es treten Riesenzellen und junges Bindegewebe in den neugebildeten Wucherungen auf, auch scheinen einzelne Bilder, z. B. Fig. 27, das Vorhandensein einer »kleinzelligen Infiltration« zu erweisen, wie wir in Deutschland sagen. Allein es scheint nicht hinreichend bewiesen, dass es sich nicht um tuberkulöse Vorgänge handelt. Dann auf die modernen histologischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden, zumal diejenigen mit Färbemitteln scheint nicht genügend Rücksicht genommen zu sein. Somit dürfte auch der Hauptzweck der sehr interessanten und fleißigen Arbeit, welche auf so großem Material beruht, verfehlt sein, nämlich der, die nicht lupöse oder tuberkulöse Natur der in Rede stehenden Zustände zu beweisen.

Lühe (Demmin).

24) Reeves Jackson. Über die Wahl der Behandlung bei Gebärmutterkrebs.

(Med. news 1890. Januar 18. p. 62.)

J. vergleicht die bisher bekannten Endresultate der partiellen Amputation der Gebärmutter mit denen der Total-Exstirpation derselben bei Krebs. Von der ersteren Operation hat er selbst über eine Folge von 30 Fällen zu berichten, mit 2 Todesfällen, also etwa 7 % Mortalität. Unter den 28 Überlebenden befanden sich 7 Frauen, bei welchen die Operation von vorn herein wegen der großen Ausbreitung der Krankheit nur als das beste Palliativum zu betrachten war. Es bleiben also füglich nur noch 21 und, da 2 davon wegen zu kurzen Zeitraumes nach der Operation noch ferner ausgeschieden werden müssen, nur 19 Fälle zur Verfolgung ihres ferneren Geschickes. Von diesen 19 aber leben noch 9 ohne Recidiv $2^1/_2$ Jahr nach der Operation und darüber. Ähnlich sind die Ergebnisse der übrigen Operateure. Stellt man diesen nun die Endergebnisse der von Martin, Fritsch und Anderen veröffentlichten Reihen von Totalexstirpationen gegenüber, so ergiebt sich, dass nicht nur deren Mortalität unvergleichlich höher ist, als die der hohen Amputation, sondern auch, dass nach einer Reihe von Jahren von diesen Operirten nur noch ein kleiner Bruchtheil lebt, noch weniger, als nach der hohen Amputation. Demgemäß verwirft J. die Totalexstirpation. Sollten sich die günstigen Endresultate der galvanokaustischen Behandlung bestätigen, wie sie Pawlik aus Wien und Byrne aus Brooklyn, Letzterer auf dem amerikanischen Gynäkologenkongress zu Boston, im September 1889 veröffentlicht haben, so würde dies Verfahren weitaus die größte Empfehlung verdienen. Derselbe hatte unter seinen 367 mit dem Galvanokauter behandelten Fällen kaum 1 % Sterblichkeit. Die recidivfreie Zeit danach schwankte erheblich nach dem Sitz der Krankheit; war nur die Vaginalportion befallen, so dauerte die freie Zeit $8^3/_4$ Jahre, wogegen die Kranken, bei welchen der Körper allein befallen war, durchschnittlich nur 2 Jahre ohne Recidiv blieben. Über die Hälfte aller Operirten aber zeigte überhaupt kein Recidiv. Ist wirklich letztere Beobachtung richtig und durchgängig in Geltung, so gehörte dieser Behandlung die Zukunft.

Lühe (Demmin).

25) Amand Routh. Kopfschmerz und Ohrenklingen in Folge einer Erkrankung der Beckenorgane.

(Prov. med. journ. 1890. Januar 1. p. 10.)

Migräne und Hirnkopfschmerz so wie Nackenschmerz bei Weibern sind sehr häufig und hängen sehr oft von Genitalerkrankungen ab. So ist Stenose des Cer-

vicalkanals mit ihren Folgen eine häufige Ursache, Erweiterung des Kanals heilt auch das Nervenleiden. Eben so kann eine solche Heilung durch Anlegung eines geeigneten Pessars bei Lageveränderungen erreicht werden. Migräne ist eine häufige Begleiterscheinung der Katamenien, offenbar nur als Folge der Erregung des ganzen Nervensystems, wobei eine wirkliche Erkrankung des Geschlechtsapparates gar nicht vorhanden zu sein braucht. Ganz Ähnliches gilt von klingenden Geräuschen in den Ohren, welche R. mehrmals nach Entfernung kleiner Cervixpolypen verschwinden sah. **Lühe** (Demmin).

26) **Malcolm McLean.** Konservatismus in Geburtshilfe und Gynäkologie.

(Med. record 1889. December 21. p. 676.)

Es wird unbedingte Anerkennung verdienen, wenn sich aus der Mitte der amerikanischen Kollegen eine Stimme erhebt, welche sich gegen das Mode gewordene viele Operiren ausspricht. Es müssen erst andere Maßregeln versucht werden, ehe man sich zu einer Oophorektomie u. dgl. entschließt. Selbst bei Pyosalpinx will Verf. einen Versuch mit der Elektricität anrathen, öfter sah er nach deren Anwendung einen Eitererguss sich aus dem Muttermund entleeren und dann Heilung eintreten. Auch für die Extra-uterin-Schwangerschaft ist Elektricität zu versuchen, zumal in solchen Fällen, in welchen noch kein Bersten des Eisackes vorliegt. Selbst bei Uterusruptur kann zuweilen konservative Behandlung das Leben erhalten ohne Verstümmelung, wie Verf. durch einen Fall belegt. Hier war der Kopf und ein Theil des Körpers in die Bauchhöhle ausgetreten und nun Wendung gemacht. Allein es fand sich nur ein Riss in den Eihäuten, durch welchen das Kind aus dem Muttermund und der Scheide herausbefördert war; es war also der Schluss berechtigt, dass kein Inhalt des Eisackes in die Bauchhöhle ausgetreten sein würde, und es wurde daher abwartend verfahren; die Pat. genaß und wurde später nochmals durch Wendung entbunden. **Lühe** (Demmin).

27) **Oscar Piering** (Prag). Über die Tamponade des puerperalen Uterus nach Dührssen.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung 1889. No. 41.)

Sechs Fälle von Blutungen in Folge reiner Atonie des Uterus, wie sie nach starker Ausdehnung und rascher Entleerung desselben so häufig beobachtet werden. Die Sicherheit der dauernden Blutstillung wurde in allen Fällen erreicht, ohne irgend welchen Nachtheil mit sich zu bringen. Selbst bei bestehender Parametritis ist, wie einer der Fälle zeigt, die Methode ausführbar, was beweist, wie verlässlich und ungefährlich sie ist. Einer der Hauptvorzüge dieses Verfahrens liegt gewiss in der Möglichkeit, zu jeder Zeit die Quelle der Blutung zu verstopfen.

Die angeführten Fälle bieten im Übrigen kein specielles Interesse dar.

v. Buschman (Wien).

28) **Georg Wicke** (Heinrichsthal). Ein Beitrag zur Differentialdiagnose gut- und bösartiger Geschwülste.

(Internat. klin. Rundschau 1889. No. 49.)

Verf. hat als Sekundararzt an dem von Billroth gegründeten Rudolphinerhause auf Anregung Gersuny's nach einer von ihm beschriebenen möglichst sicheren Methode den Hämoglobingehalt des Blutes einer großen Anzahl von Kranken vor und nach jeder größeren Operation festgestellt. Dabei ist er zu folgendem Schlusse gelangt: In allen jenen Fällen von Bauchgeschwülsten, in welchen der Hämoglobingehalt 100 % oder darüber beträgt, kann man die Gegenwart eines bösartigen Neugebildes ausschließen. Giebt das Hämometer eine Zahl unter Hundert an, und ist kein nahe liegender Grund, wie Blutverluste, erschöpfende Krankheiten u. dgl. vorhanden, der den zu geringen Hämoglobingehalt einfach erklären könnte, dann weist dies auf die Gegenwart einer bösartigen Neubildung hin. Der zweite Satz kann wohl hier und da Ausnahmen erfahren, während der erste nach Verf. Überzeugung ohne Einschränkung Geltung hat.

41 Fälle sind sehr übersichtlich tabellarisch zusammengestellt, und geht aus 3 derselben hervor, dass das Hämometer dem Papillom einen Platz unter den gutartigen Neubildungen anweist, wenigstens innerhalb einer gewissen Zeit. Auch das Uterusfibrom muss nach dieser Methode, wenn nicht allzu heftige Blutungen vorhanden sind, als gutartiges Neugebilde erkannt werden, was für die Verlässlichkeit der Methode spricht. Als Kuriosum führt Verf. eine hochgradige Tuberculosis peritonei mit einem Hämoglobingehalt von 110 % an, was für die chirurgische Behandlung dieser Erkrankung ein neuer Fingerzeig wäre. Eine sehr große Hydronephrose ergab 115 % Hämoglobingehalt.

Die interessante Frage verdient jedenfalls weiter studirt zu werden.

v. Buschman (Wien).

29) C. A. Herzfeld (Wien). Über einen Fall von primärem Scheidensarkom. Recidive 5 Monate nach der Operation. Tod. Sectio caesarea in mortua.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung 1889. No. 48.)

Es handelt sich um einen der Vaginalwand einer 38jährigen Frau aufsitzenden circumscripten Knoten, der in seiner Bildung und nach seinem Sitze einem submucös entwickelten Fibrome gleicht, aber in völliger Übereinstimmung mit den wenigen bisher bekannt gewordenen einschlägigen Fällen einen sehr raschen malignen Verlauf zeigt. H. knüpft an den im Titel skizzirten Fall die Bemerkung, dass man, entsprechend den diesbezüglichen Arbeiten von Kolisko und Rosthorn, derartigen im paravaginalen Bindegewebe auftretenden Tumoren, die Anfangs in ihren Erscheinungen alle Merkmale der Gutartigkeit an sich tragen, eine erhöhte Aufmerksamkeit zuwenden, und denselben stets misstrauisch gegenüber stehen solle. Nur ein einziger von den publicirten Fällen, den Volkmann mehrmals operirte, scheint schließlich dauernd geheilt zu sein. **v. Buschman** (Wien).

30) E. Ullmann (Wien). Carcinoma uteri prolapsi.

(Wiener med. Presse 1889. No. 50.)

Es ist dies der vierte in der Litteratur vorfindliche Fall dieser äußerst seltenen Kombination, von welcher Mayer 2 Fälle und Kaltenbach einen publicirt hat.

Der vorliegende Fall ist kurz folgender:

81jährige Nullipara; seit 20 Jahren totaler Prolaps, der bis vor Kurzem keine Beschwerden machte. Im Mai 1889 entstand in der Mitte des Vorfalls ein Geschwür, welches bald zu Blutungen und quälenden Schmerzen führte. Bei der Aufnahme an Albert's Klinik zeigte sich totale Inversion der Scheide, während der Uterus ganz außerhalb der Genitalien lag. Länge des Prolapses 17 cm, größter Umfang desselben 30 cm. In der Gegend der Muttermundslippen ein nach oben zu mit wallartigem harten Rande begrenztes Geschwür von 4—5 cm Durchmesser, welches auf den Cervicaltheil begrenzt scheint. Mächtiger Vorfall der Schleimhaut des Rectum und der Urethra. Nirgends geschwellte Drüsen. Mangelhafte Urinentleerung; beim Katheterisiren mittels eines Nélaton'schen Katheters lässt sich eine Vesicocele nachweisen. Endlich besteht noch Rectocele der vorderen Wand. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Epitheliom.

Verf. machte auf Verlangen der von Schmerzen arg gequälten Pat. die Totalexstirpation des Uterus, und konnte die vollständig hergestellte Frau am 8. November 1889 in der Gesellschaft der Ärzte in Wien vorstellen.

Die große Seltenheit von Carcinom am prolabirten Uterus spricht nach Fritsch entschieden gegen die so häufig angenommene Ursache der Uteruscarcinome, als ob die Läsionen des Cervicaltheiles beim Coitus hierfür zu beschuldigen wären; denn trotzdem ein normaler Uterus unter keiner Bedingung so vielen Insulten ausgesetzt ist, als der prolabirte, kennt die Litteratur doch nur 4 Fälle von Carcinom des vorgefallenen Uterus. **v. Buschman** (Wien).

31) C. A. Herzfeld (Wien). Über die Erfolge der geburtshilflichen Antiseptik.

(Separatabdruck aus der Allgemeinen Wiener med. Zeitung 1889. No. 42.)

Von 1004 Geburten, welche im Laufe von 4½ Monaten an der Klinik des Prof. C. von Braun zur Beobachtung kamen, ist keine einzige an Puerperalfieber gestorben. Zwei von ihnen, die sterbend in die Klinik gebracht wurden, erlagen einer inneren Verblutung.

In 74 Fällen wurde operirt, und zwar wurde ausgeführt: Extraktion und Manualhilfe 16mal, Forceps 16, Wendung und Extraktion 20, Kraniotomie (stets bei todtem Kinde) 17, tiefer Eihautstich zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt 2, manuelle Lösung der Placenta 2, Sectio caesarea nach Porro 1mal.

Als Komplikation bestand dabei Placenta praevia 4mal, Hydrocephalie der Frucht 2mal und Beckenenge II. Grades 21mal. Im Wochenbett erkrankten 3 Frauen an Endometritis, 1 an Encolpitis und 1 an Parametritis. Alle wurden geheilt entlassen.

Auffallend ist die große Zahl der Kraniotomien, 17 unter 1004 Geburten gegen 3 unter 1000 als Verhältniszahl in den Jahren 1881—1887. Die Erklärung für diese Thatsache liegt nach Verf. Überzeugung in der außerhalb der Anstalt so häufigen Verabreichung von Secale cornutum wegen des durch räumliches Missverhältnis bedingten Stillstandes der Geburt. Der Tod des Kindes, die tetanische Kontraktion des Uteruskörpers und die abnorme Dehnung des Cervix, welche die Gefahr einer Uterusruptur nahe rückt, ist die Folge dieses Missbrauchs mit den Mutterkornpräparaten, und die Ursache der so häufig nothwendig gewordenen Perforation der todten Frucht.

Der prophylaktischen Desinfektion des Genitalschlauches für alle Fälle spricht Verf. wärmstens das Wort und empfiehlt vor allen anderen Antisepticis als weitaus verlässlichstes und praktischstes die 1‰ige Thymollösung, deren fast ausschließlicher Verwendung er zum größten Theile den günstigen Umstand zuschreibt, dass seit 1. Januar 1889 an der Klinik keine einzige Laparotomirte starb.

Die ganz kurze Broschüre ist sehr lesenswerth. **v. Buschman** (Wien).

32) L. Kleinwächter. Zur gynäkologischen Balneotherapie.

(Wiener med. Presse 1889. No. 31.)

Als Surrogat der Kur in Franzensbad selbst empfiehlt K. nebst dem Trinken von Franzensbader Eisenwasser noch den gleichzeitigen Gebrauch der Eisenbäder. Auf ein Vollbad kommen ½—1 Kilo Moorsalz oder 1—2 Kilo Moorlauge der Firma Mattoni. Auch ein Gemenge beider Substanzen kann dem Bade zugesetzt werden. Die Bäder, Anfangs 2, später 4—5 pro Woche, dauern 10—15 Minuten, später bis ½ Stunde; ihre Temperatur ist 28—30° R. In Fällen, wo nach überstandenen Para- oder Perimetritiden die Aufsaugung der Exsudate stockt, hat Verf. von diesen Bädern sehr gute Erfolge gesehen, welche noch durch heiße Vaginalinjektionen mit Lösungen des erwähnten Salzes oder der Lauge erheblich gesteigert werden können. Man setzt bei größerer Fallhöhe der Flüssigkeit dem heißen Wasser Moorsalz — 1—2 % — oder Moorlauge — 2—3 % — zu. Für jede Injektion kommt 1—1½ Liter der 30—35° R. heißen Lösung zur Verwendung. Diese Behandlung, die in einzelnen Fällen ziemlich lange fortgesetzt werden muss, führt in den meisten Fällen zum Ziele. Auch bei chronischer Oophoritis und Metritis, so wie bei mangelhafter Involution des Uterus p. partum oder p. abortum hält Verf. die Eisenbäder für angezeigt. **v. Buschman** (Wien).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

LIBRARY

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 44. Sonnabend, den 1. November. **1890.**

Inhalt: I. **O. Küstner**, Über die durch Tumoren erzeugte Achsendrehung des Uterus. — II. **J. Praeger**, Eine Leibbinde aus plastischem Filz. (Original-Mittheilungen.)

1) **Olshausen**, Erfahrungen über Ovariotomie. — 2) **Asch**, Elektrotherapie. — 3) **Veit**, Retroflexio. — 4) **Lannelongue** und **Achard**, Kongenitale Geschwülste.

5) Naturforscherversammlung zu Bremen (Gynäkologische Abtheilung).

6) **Saurenhaus**, Menge des Fruchtwassers. — 7) **Martin**, Myomoperationen. — 8) **Orthmann**, Tubenschwangerschaft. — 9) **Wyder**, Extra-uterin-Gravidität. — 10) **Ruge**, 11) **v. Ott**, 12) **Teuffel**, 13) **Beaucamp**, Kaiserschnitt. — 14) **Fanton**, Schmerzlose Geburten. — 15) **Puech**, Ophthalmia neonatorum.

I. Über die durch Tumoren erzeugte Achsendrehung des Uterus.

Von
Otto Küstner.

Drehungen des Uterus in derselben Weise, wie sie am graviden Uterus der Wiederkäuer relativ häufig vorkommen und dann meist zur Incarceration der Frucht führen, d. h. derart, dass das Corpus gegen die Cervix um einen größeren Winkel, dem Uterus wörtlich genommen der Hals umgedreht ist, sind beim Menschen sehr selten beobachtet. Skutsch fand bis zum 8. Oktober 1887 drei publicirte Fälle, beobachtet von Virchow, Küster und Schröder und theilte damals einen vierten aus Schultze's Klinik in Jena mit[1].

Ich bin in der Lage aus meiner jüngsten Beobachtung über 2 Fälle zu berichten.

Nur möchte ich diese Form der Drehung nicht Torsion nennen. Der Ausdruck Torsion ist bereits vergeben für diejenige Lageveränderung des Uterus, wo die Drehung des Organs in toto erfolgt ist, wo sie durch die Beweglichkeit der Verbindungen des Uterus, also seiner Verbindung mit der Scheide ermöglicht wird. Eine solche

[1] Centralblatt für Gynäkologie 1887. p. 652.

Drehung um wenige Grade ist physiologisch; auch bei pathologischen Drehungen dieser Art überschreitet der Drehwinkel wohl nie einen Rechten. Bedingt sind diese pathologischen Drehungen durch einseitige Verkürzung des Ligamentapparates des Uterus, das ist das Häufigere, und durch den Zug von Tumoren. Im Ganzen sind diese Art Drehungen sehr häufig. Sie sind zuerst von Schultze den Lageanomalien des Uterus eingereiht[2], die Grenze zwischen Normalem und Pathologischem auf diesem Gebiet von ihm zuerst gekennzeichnet worden. Mit diesen grundlegenden Arbeiten ist der Ausdruck Torsion für diese Formen der Uterusdrehungen klassisch geworden.

Diejenige Form der Drehung dagegen, welche Gegenstand dieser Mittheilung werden soll, ist eine Drehung des Corpus gegen die Cervix, welche also ermöglicht wird durch die Drehbarkeit des Uterus in seiner Substanz, also etwa in der Höhe des inneren Muttermundes. Für die analogen Bewegungen am Mesenterium des Dünndarmes, der Flexura sigmoidea und am Ovarialstiel haben wir den Ausdruck Achsendrehung. Und so adoptire ich zur besseren Vermeidung von Missverständnissen für die in Rede stehende Bewegung des Uterus den Ausdruck Achsendrehung. Dieser Ausdruck hat in so fern vielleicht auch noch eine logische Berechtigung, als er eine Drehung des Uterus bezeichnet um eine Achse, welche stets im Uterus selbst gelegen ist, wogegen die Torsionen um außerhalb des Uterus fallende Achsen erfolgt sein können.

Lisa Polcrensky, 42 Jahre alt, verheirathet, hat niel geboren. Seit 15 Jahren kennt sie an sich einen Unterleibstumor, welcher ihr früher kaum nennenswerthe, jetzt aber schon durch seine Größe und sein Gewicht, auch dadurch, dass er bei der seit etwa 7 Jahren ziemlich starken und ziemlich lange dauernden Regel Schmerzen im Unterleibe und Kreuz veranlasst, erheblichere Beschwerden macht. Die Untersuchung konstatirt ein voluminöses, sehr bewegliches Myom des Uterus, welches genau dem Fundus aufzusitzen scheint. Über die Infektion würde die Sonde Aufschluss vervollständigen können, die Anwendung derselben wurde auch in diesem Falle wie stets, wenn Myomotomie in Aussicht genommen werden muss, principiell vermieden.

Am 7. September 1890 Myomotomie. Nachdem der Tumor vor die Bauchdecken gebracht und ein Einblick in die Insertionsverhältnisse möglich ist, lässt sich wahrnehmen, dass ein Ovarium links vorn an der Basis des Tumors, das andere rechts hinten sich befindet, und dass unterhalb der Tubenansätze der Uterus derartig spiralig gedreht ist, dass die Ausgleichung der Drehung durch eine Bewegung des Tumors unten herum von rechts nach links möglich ist. Die dazu erforderliche Bewegung beträgt 180°, so dass das links vorn wahrgenommene Ovarium an seine ursprüngliche Stelle, nämlich nach rechts und hinten hin, kommt.

Abtragen des Tumors, Enukleiren des Restes, Kastration, extraperitoneale Versorgung der Uteruswunde, glatte Genesung.

Das Gewicht des ausgebluteten Myoms betrug 5650 g.

Dieser Fall schließt sich also eng an die oben erwähnten von Virchow, Küster, Schroeder, Skutsch beschriebenen an, in welchen der die Achsendrehung des Uterus veranlassende Tumor ebenfalls ein Myom war. Derartige Achsendrehungen, aber geringeren Grades, also um Winkel von etwa nur 1 Rechten, mögen häufiger vorkommen, aber da sie durch die Entwicklung des Tumors vor

---

[2] Die Pathologie und Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter. Berlin 1881. p. 92.

die Bauchwunde während der Operation leicht ausgeglichen werden, sich leicht übersehen lassen.

Eigenthümlicher ist folgender Fall:

Frau Doschmann bemerkt seit etwa einem Jahre Anschwellung des Leibes. Diese Anschwellung begann, wie Pat. mit Bestimmtheit anzugeben weiß, in der linken Unterbauchgegend.

Sie hat viermal geboren, das letzte Mal vor 10 Jahren, Geburten und Wochenbetten waren angeblich normal. Am 27. August 1890 lässt sich ohne Narkose in der klinischen Stunde Folgendes eruiren:

Cystischer, fast mannskopfgroßer Tumor oberhalb des Beckens, die untere Bauchgegend bis etwa zum Nabel ausfüllend. Der Tumor lässt sich recht bequem bedeutend dislociren, er lässt sich mit seiner oberen Grenze fast bis an den Rippenbogen hinauf drängen oder ziehen. Tastet man dabei bimanuell von der Scheide, dem Mastdarm und den Bauchdecken aus, eine Tastung, welche in diesem Falle auch ohne Narkose wegen der ungemein schlaffen Bauchdecken sehr vollkommen gelingt, so fühlt man deutlich das nicht allzu breite Verbindungsband zwischen Tumor und Uterus von der rechten Kante der letzteren entspringend.

Diagnose: cystischer Tumor, lang gestielt, von den rechten Adnexa des Uterus ausgehend.

Am 28. August Laparotomie. Der Tumor wird unverletzt vor die Bauchwunde gebracht und erweist sich als langgestielte uniloculäre Parovarialcyste. Der Stiel war torquirt und zwar gelingt die Aufdrehung, indem der Tumor oben herum von links nach rechts bewegt wird. Ehe ich die Aufdrehung beginne, taste ich nach der Insertion des Tumors und den Adnexa der anderen Seite: Auffallenderweise finde ich links kein Ovarium, wenigstens nicht an der gewohnten Stelle, ich lasse mir, als ich dann sehr weit vorn und links das gesunde Ovarium finde, die Bauchdecken im unteren Wundwinkel aus einander halten und konstatire, dass das linke Ovarium vor der korrespondirenden Tube liegt und zwar auffallend weit vorn. Jetzt wird die um 360° erfolgte Achsendrehung des Stiels aufgedreht, dabei schon geht das gesunde Ovarium von der vorderen Beckenpartie in die linke Seite hinüber, um plötzlich hinter dem Uterus seinen Platz einzunehmen, und als am Stiel zu seiner Entfaltung noch etwas manipulirt worden ist, derselbe in 2 Partien unterbunden und der Tumor abgetragen ist, liegt die Stielwunde links vom Uterus, das gesunde Ovarium ist das rechte und liegt rechts hinter der korrespondirenden Tube. Dauer der Operation 20 Minuten, glatte Genesung.

Auch hier betrug also die Achsendrehung des Uterus 180°. Sie war in diesem Falle die Fortsetzung der Achsendrehung des Stiels des Parovarialtumors und war natürlich in demselben Sinne erfolgt wie diese.

Die Frage, durch welche Kräfte solche Achsendrehungen zu Stande kommen, ist meiner Ansicht nach nicht so schwer zu beantworten, als mehrfach geglaubt wird. Die Kräfte, welche den Uterus des Menschen spiralig drehen, sind dieselben, wie die, welche beim Wiederkäuer das gravide Uterushorn, wie die, welche den Stiel eines Ovarialtumors drehen. Die Kräfte sind ausschließlich in der Schwere des Uterus, bezugsweise des Tumors zu suchen, deren Gesetzen Uterus oder Tumor bei Lokomotionen der Trägerin folgen muss, und in freierer Weise als sonst irgend ein Contentum des Abdomen folgen kann, da die Schlaffheit der Bauchwandungen einerseits, die schmalbasige Insertion des graviden Uterus oder des Tumors andererseits zu ihrer Festlagerung nichts oder nur sehr wenig beitragen. Es sind dieselben Kräfte, welche eine Beweglichkeit in gewisser Breite dem hochgraviden menschlichen Uterus verleihen, dieselben, welche das Kind im graviden Uterus bewegen. Die spiralige Drehung des Uterus in unseren Fällen, die spiralige Drehung von Ovarialstielen und die spiralige Drehung der Nabelschnur sind also, was ihre Entstehung betrifft, äußerst analoge Zustände.

II. Eine Leibbinde aus plastischem Filz.

Von

Dr. J. Praeger (Chemnitz).

In der Regel werden die Laparotomirten mit gutsitzenden Leibbinden aus den Kliniken entlassen. Sehen wir aber die Pat. nach einiger Zeit wieder, so finden wir sehr häufig, dass die Binde ihrem Zweck nicht mehr entspricht, da sie in Folge des veränderten Ernährungszustandes der Bauchwand nicht so fest anliegt, wie es nothwendig ist. Um diesen Übelstand zu beseitigen, habe ich in letzter Zeit wiederholt mit Vortheil den plastischen Filz benutzt, der zuerst in Deutschland von P. Bruns (Deutsche med. Wochenschrift 1879 No. 29) empfohlen, in der Chirurgie seit Jahren zu Stützapparaten und Verbänden verwendet wird. Durch den Gebrauch desselben hat man einerseits den Vortheil einer widerstandsfähigen festen Pelotte, wie wir sie in der Beely'schen Binde finden (Deutsche med. Wochenschrift 1886 No. 46), andererseits die Möglichkeit unabhängig vom Bandagisten die Form der Leibbinde jeder Zeit, wenn nöthig, zu verändern. Der plastische Filz (aus Sohlenfilz, mit alkoholischer Schellacklösung durchtränkt, dargestellt) wird bei ca. 90° R. weich und erstarrt in ca. 2 Minuten. Für die Pat. wird nun eine vordere Bauchplatte und hintere Rückenplatte nach dem Modell der Beely'schen Binde, je nach Größe und Lage der Narbe verschieden, zurechtgeschnitten, erwärmt (am besten mit feuchter Hitze) und dann fest an Bauch bez. Rücken angelegt.

Ist der Filz erstarrt, so wird er in gleicher Weise wie die Beely'sche Bandage mit 3 Gurten und Schenkelriemen garnirt, eine Arbeit, die jeder Sattler leisten kann. Die Laparotomirten stehen mit der im Bett über eine Watteschicht oder eng anliegendes Trikot angelegten Binde auf; vor der Entlassung wird dieselbe nochmals erwärmt angelegt und dann von Zeit zu Zeit, wenn nöthig, geändert.

Ein noch idealeres Resultat würde man erreichen, wenn man, wie bei der Herstellung des Filzkorsetts, den weichen Filz um einen Gipsabguss des Bauches legt und dann imprägnirt; auch könnte man die immerhin lästigen Schenkelriemen entbehren, falls man die Filzbandage in Form der von Hamburg aus empfohlenen Korsettleibbinde (vorn oder seitlich zu öffnen) konstruirt, indessen erscheint mir die oben beschriebene einfache und billige Bandage nach meinen bisherigen Erfahrungen — ich habe dieselbe seit Mai bei 6 Laparotomirten (zum Theil mit starkem Hängebauch) angelegt — vollständig genügend, da ich sowohl wie die Pat. damit zufrieden waren.

---

1) **R. Olshausen** (Berlin). Die Laparotomien der Universitäts-Frauenklinik in Berlin während der Jahre 1. Mai 1887—1890.

(Aus der Festschrift der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft zum X. internationalen med. Kongress.)

O. giebt in der vorliegenden Veröffentlichung einen Überblick über die Laparotomien, welche seit seiner Übernahme der Frauen-

klinik in Berlin am 1. Mai 1887 bis Ende April 1890 in derselben ausgeführt sind. Von einer genauen Wiedergabe des antiseptischen Verfahrens an dieser Stelle dürfen wir wohl absehen, zumal dasselbe im Großen und Ganzen von den in anderen deutschen Kliniken angewandten nicht wesentlich abweicht. Trotz der peinlich sorgfältigen Schutzmaßregeln sind auch hier vereinzelte Infektionen nicht ausgeblieben, die zweifellos von außen bei der Operation herangetragen waren. Die bedauerlichste ereignete sich im September und Oktober 1888. Von 17 größeren Operationen (12 Laparotomien und 5 vaginalen Totalexstirpationen) endeten 8 Fälle letal. Zwischen den 4 ersten und den 4 späteren Todesfällen lagen 6 in Genesung ausgehende Operationen, so dass man es wohl mit 2 verschiedenen Epidemien zu thun hatte.

Bezüglich der Ausführung der Operationen weicht O. von dem Verfahren mancher Operateure ab. Der Austritt von Ovarialflüssigkeit wurde nicht gefürchtet, dagegen der Austritt eitrigen Tubeninhalts möglichst gemieden. Niemals wurde jedoch der Peritonealsack mit desinficirenden Flüssigkeiten ausgewaschen. Nach der Vagina hin wurde nur in einem einzigen Falle drainirt; hier wurde aus einem großen bis zur Vagina herabreichenden Eitersack der Inhalt mit Erfolg abgeleitet. Einige wenige Male wurde die Bauchwunde nur partiell geschlossen; 4mal wurde in einer mit blutenden Wänden zurückgelassenen Wunde zur Verhütung der Nachblutung die Tamponade nach Mikulicz mit Jodoformgaze ausgeführt; dieselbe bewährte sich in 3 Fällen von intraligamentären, ausgeschälten Tumoren sehr gut, konnte jedoch in dem einen Falle von weichem Mesenterialsarkom den Tod nicht aufhalten.

Hinsichtlich der Nachbehandlung hält es O. für fraglich, ob es richtig ist, nach Laparotomien Darmentleerungen während der ersten 5 Tage zu vermeiden. Das nicht ganz seltene Auftreten von Ileus durch Verklebung der Darmschlingen mit den Operationswunden spricht dagegen. Wie weit die Anwendung von Antisepticis die Verwachsung zu Stande bringt, möchte er erst in Zukunft entscheiden, wo an Stelle der Antiseptica sterilisirtes Wasser treten soll.

Im Ganzen sind in der angegebenen Zeit 459 Laparotomien gemacht worden und zwar sind 296 Ovariotomien und Parovariotomien, 23 Salpingotomien, 22 Kastrationen, 6 Ventrofixationen, 45 Myomotomien, 13 Extra-uterin-Schwangerschaften, 7 Bauchdeckenfibrome, 3 Nierenexstirpationen, 2 Lipome der Nierenkapsel, 3 Sarkome des Mesenteriums und Peritoneums, 2 multiple Echinokokken der Bauchhöhle, 4 Tumoren der Ligamenta lata, 2 Excisionen von Ovarialresten, unvollendete Exstirpationen und Probeincisionen 28; je 1mal handelte es sich um ein Uterussarkom, einen Beckenabscess und einen Fremdkörper in der Bauchhöhle.

Anatomisch erwiesen sich die entfernten Ovarial- und Parovarialtumoren als Parovarialcysten 18mal (= 6,1%), glanduläre Kystome 181mal (= 61,1%), papilläre Kystome 33mal (= 11,1%), Dermoid-

cysten 29mal (=9,8%), Fibrome und Fibrocarcinome 10mal (= 3,4%), Carcinome 19mal = 6,4%, je 1mal als Teratom und Hämatoma ovariorum, je 2mal als Tuboovarialcysten und Corpusluteumcysten.

Bei der erschreckenden Häufigkeit der Carcinome (außer den operirten 19 Fällen erwiesen sich bei Eröffnung der Bauchhöhle noch 22 als inoperabel) räth O., die Operation eines Ovarientumors, den man als Neubildung ansieht, nicht aufzuschieben; zweitens entferne man den Tumor, wenn es angeht, unverkleinert; auch vermeide man die Verunreinigung der Bauchhöhle mit Tumortheilen; vollkommen kann man die Bauchhöhle nicht reinigen wegen der großen Gefahr des Shocks, eine unvollkommene Toilette des Bauchfells aber führt sicher zu Metastasen. Die primären Resultate der Ovariotomie bezeichnet O. nicht gerade als günstig, da die Gesammtmortalität 31=10,1% beträgt.

Von den 31 Todesfällen fallen auf die glandulären Kystome 6 (= 3,3%), auf die papillären Kystome 6 (= 18%), Dermoide 4 (=14%), Fibrome und Sarkome 5 (= 50%), Carcinome 9 (= 47% der Fälle).

Parovarialcysten sind durch Ausschälung, nicht durch Drainage behufs Verödung behandelt worden.

Am günstigsten verliefen die Ovariotomien, welche mit Gravidität komplicirt waren; sämmtliche 11 Fälle führten zur Genesung der Mutter, eben so wie 13 früher von O. operirte. Einige von den Kindern starben unzweifelhaft in Folge der Operation gleich in der ersten Woche nach derselben; in einigen anderen Fällen trat die Unterbrechung der Schwangerschaft erst nach Monaten auf; auch hier hielt O. einen Zusammenhang mit der Operation für möglich, sei es dass zu Stande gekommene Adhäsionen den Uterus zerrten, sei es dass Unterbindung von Gefäßen zu Cirkulationsstörungen führten.

In 2 Fällen mussten beide erkrankten Ovarien entfernt werden; die Kranken genasen, ohne zu abortiren; einmal war die Schwangerschaft eine tubare. Rechts wurde die Ovariotomie, links die Salpingotomie nöthig, die Kranke genas.

Stieltorsionen kamen 23mal vor, das ist in 8% der Fälle; die Zahl der doppelseitigen Ovariotomien betrug 64 (= 21,0%). Bei 8 Ovariotomien wurde der retroponirte Uterus ventrofixirt; die Ventrofixation ad hoc, die bekanntlich von O. zuerst zielbewusst ausgeführt wurde, wurde in den 3 Jahren 6mal gemacht. Den Erfolg der Operation bezeichnet O. entschieden als sehr ermuthigend, hinsichtlich der Indikation steht er ganz auf dem von J. Veit in der vorliegenden Festschrift vertretenen Standpunkt, die Operationstechnik zu verändern, hat O. keine Veranlassung gehabt; sie ist dieselbe, wie in den beiden ersten Fällen (cf. diese Zeitschrift 1886 No. 43). Über die Frage, ob der ventrofixirte Uterus bei nachfolgender Schwangerschaft abortiren müsse, giebt O. einen sehr interessanten Beitrag. Er hat bei einer Frau, bei welcher Kaltenbach am 2. November 1887 die Ventrofixation mittels 4 Seidensuturen bei

Retroflexio fixata ausgeführt hatte, die Schwangerschaft ohne Störungen verlaufen und die Geburt am 23. April 1890 eintreten sehen. 6 Wochen post partum lag der Uterus in Anteversionsstellung.

Bei der Behandlung der Myome wurde sowohl die Exstirpation als Kastration geübt, erstere 45, letztere 15mal; nach der Erfahrung über den Erfolg beider Operationen hat O. die Kastration schätzen gelernt. Wenn gleich die Kastration bei Myomen weit gefährlicher ist, als bei normalen Genitalien, so ist O. doch mit den Erfolgen zufrieden nicht nur wegen der Amenorrhoe, sondern auch bezüglich Verkleinerung der Tumoren. Von den 29 Myomotomien mit der Eröffnung der Höhle starben 8, in 16 ohne Eröffnung derselben 2 in Folge der Operation; das ergiebt eine Gesammtmortalität von 22,2%. Ein Myoma cysticum wog nach dem Ausbluten und dem Auslaufen der Lymphe noch 31 Pfund.

Die eingehenden Untersuchungen Winter's über die Mikroorganismen des Genitaltractus lassen es vermuthen, dass die Gefahr der Infektion vom Cervix her durch Sondirung der Uterushöhle gesteigert wird; O. hält es für rathsam, das Sondiren so viel wie möglich einzuschränken, und es, so weit es nicht zur präcisen Diagnose dringend nöthig ist, zu unterlassen, überhaupt wurde die Infektion vom Cervix her zu vermeiden gesucht. Hinsichtlich der Technik ließ man die Wunde des Amputationsstumpfes meist nur flach keilförmig geformt sein, um keine allzu große Stumpfmasse zu haben. Die durch den Stumpf gelegten Nähte wurden als Knotennähte in einer Reihe durchgelegt, Etagennähte nicht angewandt. O. hofft in Zukunft durch Veränderung der Technik und noch sorgsamere Ausführung bisheriger Principien auch bei den intraperitoneal behandelten Myomotomien Resultate zu erreichen, welche denen der extraperitonealen Behandlung ebenbürtig sind.

K. Ruhemann (Berlin).

---

2) **R. Asch** (Breslau). Elektrotherapie bei Frauenkrankheiten von H. R. Bigelow mit einer Einleitung von Apostoli.

Breslau, **Preuss & Jünger,** 1890.

Apostoli's Methode wird jetzt in der ganzen Welt angewendet. Und in der That sind selbst für die geschicktesten Operateure die Bauchschnitte immer noch lebensgefährliche Operationen. Wer es unternimmt, auf ungefährliche Weise Leiden zu heilen, die Andere nur »operiren« können, wird jedes Mal auf allgemeine Sympathie Anspruch machen dürfen. Namentlich die sogenannten konservativen Gynäkologen begeistern sich schnell für eine Methode, die ihnen gleichsam eine neue Waffe gegen die schneidelustigen Radikalen liefert. Nur ist natürlich nöthig, dass auch Jeder, der nach »Apostoli« behandelt, die Methode kennt, die Technik beherrscht, die Instrumente versteht. Dies ist aber erst möglich, wenn man ein authentisches, zusammenfassendes Werk hat; denn wie kann der Praktiker

sich aus vielen fremden Journalen das Nöthige zusammensuchen? A., der selbst bei Apostoli war, die Methode beherrscht, die Instrumente Apostoli's besitzt, hat jedenfalls ein sehr dankenswerthes Unternehmen begonnen, als er uns das Bigelow'sche Werk vermittelte.

Das Buch bringt zuerst die Gesetze der Ströme, beschreibt und bildet ab die Apparate und Instrumente. Sodann wird die Myombehandlung beschrieben. Den Schluss dieses Kapitels bildet eine Abwehr gegen Einwendungen, die der Methode gemacht werden.

In dem nächsten Kapitel wird die Behandlung einiger Ovarien- und Tubenkrankheiten, der Metritis und Endometritis, der Menstruationsstörungen und Endometritis beschrieben.

Jedenfalls empfehlen wir das Werk der Lektüre der Ärzte. Seien sie Gegner oder Freunde der Methode, kennen muss man sie, um das Recht zu haben, eins oder das andere zu sein.

Fritsch (Breslau).

---

3) J. Veit (Berlin). Die Indikationsstellung für die Behandlung der Retroflexio uteri.

(Aus der Festschrift der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft zum X. internationalen med. Kongress.)

V. beschäftigt sich mit der Frage, wie weit und wann wir berechtigt sind, gegen die Retroflexio therapeutisch vorzugehen, also sowohl durch Operationen als die anderen Methoden der Retroflexionsbehandlung. Wenn gleich die Prognose fast aller Retroflexionsoperationen quoad vitam eine ausgezeichnete ist, so ist doch von vielen Seiten zur Vorsicht gerathen worden, wahrscheinlich darum, weil einerseits Retroflexionen auch ohne Operation heilen können andererseits keine Operation eine normale Lage des Uterus, weil fixirt, herstellen kann. Die Heilbarkeit der Retroflexio giebt die besten Chancen bei ganz jugendlichen Frauen, während sich dieselben von den dreißiger Jahren an, zumal gegen das Klimakterium hin, verschlechtern. Die Rückwärtslagerung braucht sich nicht an Puerperien anzuschließen; sie wird zwar bei Neugeborenen selten gefunden, ist aber bei Mädchen zur Zeit der Pubertät schon häufiger, ohne dass wir dafür eine Ätiologie kennen. Meist handelt es sich um Chloroticae, deren Uterus, wie W. A. Freund hervorhebt, ganz anders auf die beginnende Ovulation antwortet, als bei kräftigen Personen, und unter dem Einfluss mangelhafter Anlage auch ohne äußere Schädlichkeiten retroflektirt. Dies durch Pessare dauernd zu heilen, wird man bloß rechnen können, wenn die Einsicht der Pat. die ernsten Versuche des Arztes unterstützt; und in der That kann man mehr als die Hälfte der Fälle durch Jahre mit normal liegendem Uterus nach Entfernung des Pessars beobachten. Die Operationen zerfallen in die Ventrofixation mit ihren verschiedenen Methoden, die Verkürzung der Ligamenta rotunda und die von Schücking angegebene Ligaturmethode des Uterus. Jede Methode

wird die zu Stande kommende Fixirung des Uterus als geringfügig ansehen, die Lage wird aber keine normale, bei der der Uterus beweglich zwischen Uterus und Darm nach vorn liegen soll.

Ist die Retroflexio beweglich, so bedarf sie bei Frauen jenseits der Klimax der allerwenigsten Behandlung. Es genügt die palliative Pessaranwendung, deren Wirkung um so besser, je weniger senil, also je größer der Uterus noch ist. Bei jugendlichen, zumal virginellen Individuen räth V. die Retroflexio nur ausnahmsweise zu behandeln, da von vorn herein eine radikale Heilung nicht erwartet werden kann; er hält es für besser, die Aufmerksamkeit der Mädchen vom Genitalapparat abzuleiten, dagegen das Nervensystem gegen die Beschwerden der Retroflexio widerstandsfähiger zu machen. War V. durchaus zur lokalen Therapie gezwungen, so hat er von der auch lege artis ausgeführten Massage nicht mehr Erfolg gesehen, als von der Pessarbehandlung. Gar oft ist die Folge des lokalen Eingriffs allgemeine Nervosität der Pat., welche letztere größere Beschwerden zu Stande bringt, als die uterine Erkrankung. Der Erfolg bei heilbarer Retroflexio durch Pessare ist um so vollständiger, wenn zugleich die begleitende Endo- und Metritis geheilt sind. Am günstigsten für die Dauerheilung sind frische Retroflexionen nach der Entbindung; Aufrichtung und Sekale leisten das Gewünschte; von frühzeitiger Pessareinlegung ist abzurathen, man beginne frühestens in der 8.—10. Woche und lege, sobald es geht, immer kleinere Pessare ein. An einen blutigen Eingriff soll man nur denken, wenn Pessare an sich unerträglich sind oder keine Heilung erzielt werden kann. Wann man bei fixirter Retroflexio operiren soll, hängt von dem objektiven Untersuchungsbefund ab. Besteht Retroflexio uteri fixata bei einer sterilen Frau, so wird man sich gewöhnlich passiv verhalten; kommt es aber in vereinzelten Fällen auf eine mögliche Beseitigung der Sterilität an, so kann es vorkommen, dass man sich zur Operation der Laparotomie entschließt, ohne doch eigentlich das sichere Eintreten der Konception garantiren zu können. Außer dieser seltenen Indikation sind meist die verschiedenen Grade lokaler und allgemeiner Beschwerden, besonders recidivirende Perimetritis die Anzeige zum Operiren; auf das Wie kommt es um so weniger an, als die Erfahrungen über die einzelnen Methoden noch nicht so groß sind, dass man schon jetzt mit Bestimmtheit eine Entscheidung treffen kann. Während die Methoden von Freund und Frommel manches Bestechende in sich haben, hat das Verfahren von Schücking die meisten Bedenken gegen sich. **K. Ruhemann** (Berlin).

---

4) **Lannelongue** et **Achard** (Paris). Étude microbiologique de dix kystes congenitaux.

(Annal. de l'Instit. Pasteur 1890. Mai 25. No. 5.)

Verff. haben 10 kongenitale Cysten aus verschiedenen Körpergegenden bakteriologisch untersucht und gefunden, dass dieselben

ohne Unterschied, ob sie von Neugeborenen oder Erwachsenen stammten, ob sie eine muköse, dermoide oder gemischte Hülle hatten, frei von Bakterien waren. Nur in 2 Cysten haben Verff. Mikroorganismen gefunden. In dem einen Falle war jedoch eine permanente Öffnung vorhanden, durch welche die Bakterien eindringen konnten, in dem zweiten Falle ist der in der vereiterten Cyste gefundene Staphylococcus pyog. alb. schwerer zu erklären, da die Wand der Cyste nirgends lädirt war.

Verff. sind der Ansicht, dass kongenitale Geschwülste, deren Bau den Charakter normaler Gewebe trägt und welche mit der Außenwelt in keiner Verbindung stehen, frei von Mikroorganismen sind.

v. Święcicki (Posen).

---

5) Naturforscherversammlung in Bremen (Gynäkologische Abtheilung).

Zweifel (Leipzig). Die Krankengeschichte des Falles von Lupus uteri.' (Bericht des Redners.)

Die Frau, 28 Jahre alt, 8 Jahre verheirathet. Mutter eines Kindes von 7 Jahren. Vor 9 Jahren starb ihr Vater, nachdem er 10 Jahre lang an Lungenschwindsucht krank war. Die Mutter und eine jüngere Schwester sind vollkommen gesund. Das Kind der Kranken hat eine Kniegelenkentzündung durchgemacht, welche mit Ankylose heilte. Der Mann war mehrere Jahre vor der Verheirathung syphilitisch.

Die Frau kam zuerst im Januar 1889 in Behandlung des Vortragenden und zwar mit der Diagnose Carcinoma port. vag. Da sie schon lange vorher Blut verloren hatte, war sie im November 1888 zu einem Specialisten gegangen. Derselbe hatte nichts von einem Geschwür bemerkt und war deswegen im Februar 1889 von dem Befund einer ausgedehnten Ulceration im höchsten Grade überrascht. Die erste Probeabrasio zeigte, dass jedenfalls kein Carcinom vorlag. Die mikroskopischen Schnitte zeigten einen tiefen flachen Geschwürskrater, dessen Basis nur aus welligem Bindegewebe bestand, während an den Rändern die Pflasterepithelien in vielen Schichten über einander lagen. Die Diagnose schwankte zwischen syphilitischem und lupösem Geschwür.

Zunächst wurde die antisyphilitische Behandlung eingeleitet, doch trotz allergrößter Energie keine Besserung des Geschwüres erzielt.

Die Diagnose wurde darauf per exclusionem auf Lupus vaginae gestellt und eine dem entsprechende Behandlung weiter geführt mit Ätzungen des Geschwüres, Aufpinseln von Perubalsam und von Jodoform. Der Erfolg war Besserung des Geschwürs in der Scheide, Weiterkriechen der Krankheit auf die Mucosa uteri, fortwährendes Bluten.

Im Sommer 1889 wird ein Curettement der Uterusschleimhaut vorgenommen, worauf die Kranke Jauchung aus dem Uterus und hohes Fieber bekam. Auch diese Stücke wurden wiederum eingebettet, gefärbt und geschnitten. Hier waren unanfechtbare Tuberkeln in der Uterusschleimhaut zu finden. Dagegen gelang der Nachweis von Riesenzellen und Tuberkelbacillen nicht.

Von der Jauchung und dem damit verbundenen Fieber erholte sich die Frau langsam. Redner verlor dann die Kranke auf längere Zeit aus der Beobachtung, bis dieselbe wegen fortwährenden Blutens wieder in Behandlung kam und jetzt mit dem Vorsatz in die Klinik trat, den Uterus exstirpiren zu lassen. Die Operation verlief glatt, die Heilung war in den ersten 14 Tagen ausgezeichnet. Der herausgeschnittene Uterus zeigte nur bis etwas über den inneren Muttermund ein flaches Schleimhautgeschwür, keine Höhlen und Buchten, keine Tuberkeln in der Uterussubstanz oder auf der Serosa. Die Tuben

waren vollkommen gesund. Es waren dies Momente, welche wesentlich dazu beitrugen, die Diagnose Lupus zu stützen.

Unerwartet trat in der 3. Woche eine starke arterielle Nachblutung ein.

Es wurde dieselbe durch Umstechung zum Stillen gebracht, wiederholte sich aber noch 3mal. In der Wunde bildete sich nun wieder ein Krater mit schmutzig gangränösem Gewebe. Dieser Krater wurde mit rauchender Salpetersäure und Jodtinktur ausgeätzt und dann mit Watte, welche in Alkohol-Salicylsäure oder Ichthyol-Glycerin-Lösung eingetaucht war, ausgestopft.

Noch ist die Heilung nicht erzielt und bei der äußerst hartnäckigen Krankheit mit der Prognose große Zurückhaltung nöthig. Doch ist das Geschwür so bedeutend besser geworden, dass auf schließliche Heilung zu hoffen ist.

Diskussion: Kocks (Bonn). (Bericht des Redners.) Wie wir so eben erfahren haben, ist durch Herrn Zweifel's Beobachtung nunmehr die Cervixschleimhaut des Uterus auch in die Reihe der Schleimhäute getreten, an denen Lupus mit Sicherheit beobachtet worden ist. Die Schleimhäute bilden vielleicht stets die Ausgangsflächen für die lupösen Erkrankungen, wenn auch die Augenfälligkeit der Affektionen an der äußeren Haut naturgemäß zunächst die Aufmerksamkeit auf diese lenken musste. Nach Neisser's Ansicht geht in der Regel auch der Gesichtslupus von einem Schleimhautlupus aus. Interessant wäre es in Fällen von Tuberkulose des Peritoneum, die Schleimhaut des Uteruscavum auf Lpus oder Tuberkulose zu untersuchen, da ein ähnliches Fortschreiten von hier aus, durch die Tuben, auf das Cavum wohl möglich scheint.

Eine einschlägige Beobachtung, die ich zu machen Gelegenheit hatte und bei welcher gleichsam aus dem Nebeneinanderbestehen von Gesichtslupus und einer Knötcheneruption an der Portio vaginalis uteri die Diagnose auf echten Lupus des Uterus zum Unterschied von möglicher Tuberkulose desselben fast mehr gesichert wird, als durch mikroskopische Kriterien, möge hier erwähnt werden. Zu einer Kreißenden durch einen Bonner Kollegen gebeten, konstatirte ich eine derbe Conglutinatio orificii externi, die als Geburtshindernis wirkte. Das untere Uterinsegment war stark in die Scheide vorgewölbt und die Portio ganz aufgegangen in diesen vorgewölbten Abschnitt des Organs. Die Oberfläche der Wölbung, durch die man den vorliegenden Kindestheil hindurch fühlen konnte, war dicht mit kleinen linsenkorngroßen Knötchen durchsetzt. Da nun die Kreißende an Lupus der linken Gesichtswange litt, zweifelte ich keinen Augenblick, einen Fall von Lupus des Uterus vor mir zu haben, bei welchem die Erkrankung der Portio die Konception nicht verhindert hatte, jedoch während der Gravidität zur Verklebung der Cervicalschleimhaut die direkte Veranlassung gegeben hatte. Diese meine Ansicht äußerte ich auch dem Herrn Kollegen gegenüber.

Über die Verwandtschaft zwischen Lupus und Tuberkulose war damals, es war im Jahre 1873, noch nichts Bestimmtes eruirt, so dass eine genauere Untersuchung unterblieb.

Die Eröffnung der konglutinirten Partie gelang mittels der Sonde, die an einer Stelle bei etwas kräftigem Andrücken eindrang. Durch Dehnung mit meinem Dilatator gelang es, das Orificium externum so weit zu öffnen, dass der vorliegende Kopf palpirt werden konnte. Die Geburt verlief im Weiteren ganz normal.

Camillo Fürst (Graz). Zur Asepsis der Geburten in der Praxis. (Bericht des Redners.)

Nachdem die Entwicklung der geburtshilflichen Antisepsis in ihren Hauptzügen gegenwärtig zu einem gewissen Abschlusse gelangt ist, da die Mehrheit der Selbstinfektion keine hervorragende Bedeutung mehr beimisst und sonach subjektive Antisepsis und objektive Antisepsis als Grundsatz angenommen hat, ist es nun Zeit, für bessere Verwerthung der auf den Kliniken gewonnenen Erfahrungen in der Praxis zu sorgen.

Für die derzeitigen Verhältnisse in der Praxis sind die von Credé, Hegar, Ahlfeld, Werth, Leopold, Pantzer, Stadfeldt u. A. gemachten Abstinenzvorschläge, thunlichste Vermeidung der Operationen und inneren Untersuchungen,

sehr passend; doch müssen wir schon jetzt darauf bedacht sein, die weit zurückgebliebene Geburtsantisepsis in der Praxis auch auf andere Weise zu fördern, da ja schließlich, wenn auch in beschränkterem Maße, Operationen und innere Untersuchungen doch geschehen müssen.

Der Vortr. bespricht sodann die Mängel der gesetzlichen Vorschriften, die Schwierigkeit der Kontrolle von Seite der Sanitätsorgane, die ungleiche Beachtung der Antisepsis von Seiten der Ärzte, welche Letztere aber nur allzu oft in der Unkenntnis der übrigen bei den Geburten Hilfe leistenden Personen begründet ist, indem die Ärzte selbst in jener Minderzahl der Geburten, in welcher sie überhaupt beigezogen werden, sich relativ häufig genöthigt sehen, sofort einzugreifen, wenn nicht nur alle Vorbereitungen für Antisepsis fehlen, sondern sogar die gröbsten Verstöße gegen dieselbe vorhergegangen waren. Die Art und Weise, wie Antisepsis von den Hebammen geübt wird, hängt nicht nur davon ab, was sie in der Schule gelernt haben, so wie nicht allein von ihrer persönlichen Gewissenhaftigkeit und Intelligenz, sondern auch in ganz hervorragendem Grade von den äußeren Verhältnissen, unter welchen sie wirken, von der mehr oder weniger häufigeren Unterweisung der mit ihnen zusammen arbeitenden Ärzte und dem Bildungsgrade der Kreise, in welchen sie beschäftigt sind.

Auch ohne Schuld und Mitwissen der Ärzte und Hebammen kann der Pflegebefohlenen vielfach Schaden in Folge Unkenntnis der Laien zugefügt werden.

Zur gedeihlichen Entwicklung der Antisepsis bei Privatentbindungen ist Mitwissen und Mitwirken der Laien erforderlich, um sie auf eine gleiche Höhe zu stellen als die der Anstalten und die der Chirurgen, bei welch Letzteren Antisepsis in idealer Weise geübt werden kann, ohne dass die Pat. eine Ahnung davon zu haben brauchen, was in der Mehrzahl der Privatentbindungen leider nicht zutrifft.

Der Vortr. will damit durchaus nicht eine Kontrolle der Hebammen oder gar der Ärzte von Seiten des Laienpublikums anstreben und kommt zur folgenden These: Um bessere Erfolge bei Geburten in der Praxis durch die Antisepsis zu erzielen, müssen auch die dabei betheiligten Laien besser von derselben unterrichtet werden.

Die Belehrung des Laienpublikums hat vorzugsweise zu geschehen auf mündlichem Wege von Seite der Ärzte und Hebammen. Der Vortr. hat es überdies versucht, die Vorkehrungen zur Erreichung der Asepsis bei Geburten in einer (im Verlage von F. Enke in Stuttgart) soeben erschienenen Schrift in allgemein verständlicher Weise zusammenzustellen, so dass dieselbe auch von Laien gelesen werden kann. Vorzugsweise ist sie aber dazu bestimmt, als Belehrung für Hebammen und Pflegerinnen und als Leitfaden für jene Ärzte zu dienen, welche sich nicht die Zeit nehmen können, die sehr umfangreiche einschlägige Litteratur selbst näher zu studiren und endlich auch dazu, um seinen Fachkollegen gegenüber zu zeigen, in welcher Weise er sich die Erfüllung der besprochenen Aufgabe zurecht legt.

Schlusswort des Vortr. Die Vorschläge des Herrn Cario auf Verbesserung des Hebammenstandes findet der Vortr. mit dem seinen wohl vereinbar.

Dass eine populärwissenschaftliche Schrift zunächst nur von den Gebildeten gelesen wird, davon ist der Vortr. auch überzeugt. Er hat dieselbe aber nicht bloß für Laien geschrieben und können überdies auf verschiedenem Wege die Kenntnisse den weniger gebildeten Ständen zugeführt werden.

Gegen Herrn Zweifel ist der Vortr. nicht der Überzeugung, dass die gebildeten Stände von der Antisepsis schon genug wissen. Eben so wenig theilt er die Ansicht Zweifel's, dass die weniger Gebildeten, wenn sie von der Antisepsis unterrichtet würden, häufiger Ärzte und Hebammen ungerecht beschuldigen, als wenn sie ganz unwissend bleiben.

In Bezug auf seine Stellung zur Selbstinfektion verweist der Vortr. auf seine Schrift.

Die thunlichste Vermeidung von Operationen und inneren Untersuchungen erachtet der Vortr. mehr als einen vorläufigen Behelf in der Praxis, als in wohlgeleiteten Anstalten, wo man über dieselben schon eher hinausgekommen ist.

Gegen die von Herrn Runge geschehene Auslegung, als ob der Vortr. über die Köpfe der Ärzte und Hebammen hinweg auf das Laienpublikum appellire, hat sich der Vortr. bereits (im Vortrage selbst) genügend verwahrt und wiederholt die einschlägigen Stellen; nicht Kontrolle über Ärzte und Hebammen, sondern deren Unterstützung und ein verständnisvolles Zusammenwirken aller Betheiligten wird vom Vortr. angestrebt.

Kasuistik.

6) E. Saurenhaus (Berlin). Über die Menge des Fruchtwassers nach Ausstoßung des Kindes.

(Aus der Festschrift der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft zum X. internationalen med. Kongress.)

S. hat sich in der königl. Frauenklinik zu Berlin der Mühe unterzogen, die Menge des Fruchtwassers nach Ausstoßung des Kindes bei ganz normalen Schädellagen zu bestimmen; er benutzte zu diesem Zweck eine luftkissenartige eigens konstruirte Gummiunterlage. Die Zahl der Beobachtungen beträgt 90. Zunächst ist es auffallend, dass die Menge des »Nachwassers« bei Primiparen geringer ist als bei Multiparen, im Durchschnitt bei ersteren 186, bei Pluriparen 444 g; sie schwankt zwischen 0 und 2200 g und beträgt in 30 Fällen, also $^1/_3$ der Gesammtzahl höchstens 100 g. Diese Thatsache lässt es wahrscheinlich sein, dass der Geburtsmechanismus nicht, wie Lahs meint, durch den allgemeinen Inhaltsdruck nach dem Blasensprung, sondern vielmehr durch die direkte Einwirkung des Fundus uteri auf den bei Schädellagen in demselben befindlichen Steiß des Kindes zu Stande kommt. Während es Lahs als feststehend voraussetzt, dass beim Einschneiden des Kopfes ein gewisses Quantum Fruchtwasser im Uterus immer vorhanden ist; nach den Untersuchungen von S. fand sich jedoch in $6^2/_3$% der Fälle überhaupt keins, in $33^1/_3$% nur 100 g Fruchtwasser, eine geringe Menge, welche kaum genügen dürfte, die Entwicklung ungleichen Druckes unter der Wehe im Uterusinneren zu verhindern. **K. Ruhemann** (Berlin).

7) A. Martin (Berlin). Über Myomoperationen.

(Aus der Festschrift der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft zum X. internationalen med. Kongress.)

M. hat 261 Uterusmyome operativ behandelt und 4 verschiedene Methoden angewandt:

1) Die Ausschälung auf dem Wege der Scheide, die Enucleatio per vaginam fand bei 31 Fällen Anwendung; 6 endeten letal, 3 in Folge Anämie, zum Theil mit Verletzung des Peritoneum, 3 in Folge von Sepsis; die Methode ist auf Fälle von geringer Ausdehnung der Geschwulst und auf solche Fälle zu beschränken, in denen die Geschwulst schon in der Ausstoßung begriffen ist.

2) Die Entfernung des myomatösen Uterus per vaginam ist ein durchaus empfehlenswerthes Mittel, wenn der Uterus von Myomen durchsetzt, aber noch beweglich im Becken, und für die betreffenden Scheidenverhältnisse von relativ geringem Umfang ist, so weit eben in solchen Fällen ein operativer Eingriff überhaupt in Frage kommt; von 9 Frauen wurden 7 gerettet.

3) Die Absetzung gestielter subseröser Geschwülste resp. die Enukleation nach vorangegangener Laparotomie. Von den 96 Fällen waren 24 mit einer Eröffnung der Uterushöhle komplicirt, von diesen 24 sind 8 gestorben. Bei den übrigen 72 Frauen wurde das Cavum uteri nicht eröffnet, es starben nur 10, davon 3 von den 5 Frauen, bei denen Gravidität bestand. Nur bei 2 von den überlebenden 78 Pat. haben sich nach der Enukleation neue Myome entwickelt. Bei einer Pat. trat $^3/_4$ Jahre post operationem Konception ein. Je einen Fall von Gravidität haben außer M. Hegar und Krönlein beobachtet. M. räth, bei größeren Tumoren, welche von der Bauchhöhle aus angegriffen werden müssen, immer erst auf die Möglichkeit einer isolirten Entfernung zu prüfen. Wenn irgend möglich, ist

es Pflicht, die Ovarien und Tuben zu erhalten und vom Uterus ein für die weiblichen Funktionen brauchbares Stück. Die Enukleation nach vorausgegangener Laparotomie muss nach dieser Richtung hin als eine sehr empfehlenswerthe Methode anerkannt werden.

4) Die Exstirpation der Myome mitsammt dem ganzen Genitalapparat von der Bauchhöhle aus ist vorzuziehen, wenn der Uterus nicht mehr zu erhalten ist, als ihn partiell abzutragen, wobei der Streit intra- oder extraperitonealer Versorgung fortfällt. Von 135 Operirten sind einschließlich der ersten Operationen, die besonders ungünstige Resultate lieferten, 46 gestorben, wobei jedoch auch Reihen von 14 und 15 Fällen hinter einander genasen. **K. Ruhemann** (Berlin).

8) **E. G. Orthmann** (Berlin). Über Tubenschwangerschaften in den ersten Monaten, mit besonderer Berücksichtigung der pathologisch-anatomischen Befunde.

(Aus der Festschrift der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft zum X. internationalen med. Kongress.)

O. beschäftigt sich eingehend mit der Frage nach den pathologisch-anatomischen Verhältnissen der Tubenschwangerschaft in den ersten Monaten. Den Beweis der richtigen Differentialdiagnose zwischen bloßem Hämatosalpinx und Tubarschwangerschaft lässt sich nur mikroskopisch nachweisen durch den Nachweis von Chorionzotten, wozu oft Hunderte von Serienschnitten erforderlich sind. C. Ruge hat sogar nur den Nachweis von Deciduazellen als sicheres Kriterium der Graviditas tubaria gelten lassen wollen. O. hat über 10 Fälle von Tubenschwangerschaft in der Dr. A. Martin'schen Klinik sorgfältige mikroskopische Untersuchungen angestellt und denselben wohlgelungene Zeichnungen beigefügt. Er fasst das Ergebnis seiner Studien wie folgt zusammen:

1) Finden wir im Inneren der Tube ein festes, organisirtes Bluteoagulum, so können wir mit einer an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf eine Tubenschwangerschaft stellen.

2) Die mit einer Tubenschwangerschaft komplicirte Haematocele intraperitonealis kommt entweder durch Ruptur des Fruchtsackes oder durch einen Abort des Eies nach dem Ostium abdominale tubae hin zu Stande.

3) Der Nachweis von Deciduazellen ist zur Sicherstellung der Diagnose einer Tubenschwangerschaft nicht unbedingt erforderlich.

4) Chorionzotten lassen sich in allen Fällen von Tubenschwangerschaften in den ersten Monaten nachweisen. **K. Ruhemann** (Berlin).

9) **Wyder** (Zürich). Extra-uterin-Schwangerschaft.

(29. Kongress Schweizer Ärzte. — Le mercredi médical 1890. No. 23.)

Eine 36jährige Frau, die in Folge des Wochenbettes eine akute Peritonitis durchgemacht hat, wird zum dritten Male schwanger und die Gravidität scheint ihren normalen Verlauf zu nehmen, als plötzlich die Kindsbewegungen aufhören, die von der Frau 4 Monate lang gefühlt waren. Als die Frau in der Klinik aufgenommen war, fühlte man zu beiden Seiten der Linea alba einen nach dem Becken zu sich verlängernden Tumor; rechts war er von solider Konsistenz, links fluktuirend. Nach dreimonatiger Beobachtung schritt man zur Laparotomie der entkräfteten Kranken. Man fand einen 10 Monate alten Fötus, der sich zwischen Darmadhäsionen eingekapselt hatte. Der rechtsseitige Tumor war von dem dislocirten Uterus gebildet, die Placenta adhärirte dem Scheitel der Blase. Die Extraktion des Fötus und der Placenta war sehr schwierig, aber die Kranke genaß nach 4 Wochen. **K. Ruhemann** (Berlin).

10) **P. Ruge** (Berlin). Beitrag zur Kaiserschnittfrage.

(Aus der Festschrift der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft zum X. internationalen med. Kongress.)

R. hat mit günstigem Erfolg die Sectio caesarea gemacht an einer VIIpara, deren 6 vorangegangene Schwangerschaften für die Kinder ungünstig verlaufen

waren; das Becken der Pat. war ein allgemein verengtes rachitisches, ohne dass die Indikation des Kaiserschnittes eine absolute war; unbedingt ist jedoch die bedingte Anzeige anzuerkennen bei Erwägung der Anamnese und dem Wunsche der Mutter, endlich einmal ein lebendes Kind zu erhalten. Beim Eintritt der Wehen wurde die Operation begonnen, die ohne Zwischenfall verlief und einen 6 Pfund schweren, gesunden, nicht asphyktischen Knaben zur Welt beförderte. Die Operation dauerte 27 Minuten bis Schluss der Bauchwunde. Am 21. Tage wurde die Frau mit Beely'scher Leibbinde entlassen.

Trotz der bisherigen günstigen Statistik räth R. den Kaiserschnitt stets als eine gefahrvolle Operation anzusehen, die sich mit der Ovariotomie gar nicht vergleichen ließe. Beim Kaiserschnitt kommen viele Momente hinzu, welche die Prognose verschlimmern: Die Gefahr der Atonia uteri, die Beeinträchtigung der Wundheilung durch die Uteruskontraktion, die Störungen der physiologischen Thrombenbildung besonders beim Sitz der Placenta an der vorderen Gebärmutterwand und schließlich die Neigung der Wunden zur Eiterung in Folge des Lochialsekrets. Darum muss die peinlich sorgfältige Anlegung der Naht beim Kaiserschnitt von kolossaler Bedeutung sein, gleichviel welcher Nahtmethode der Operateur den Vorzug giebt; ohne irgend ein anderes, zweckmäßiges Verfahren als unbrauchbar verwerfen zu wollen, scheint R. folgendes, auch in diesem Falle angewandtes Verfahren das rationellste zu sein: Fortlaufende Katgutnaht in Etagen. Einige tiefe Seidennähte zur Sicherung und Entspannung des Katgut. So viel oberflächliche Seiden- (oder auch Katgut-) Nähte, als nöthig sind, um das Peritoneum gut an einander zu legen. **K. Ruhemann** (Berlin).

11) v. Ott. Kaiserschnitt nach der Methode von Porro mit günstigem Erfolge für Mutter und Frucht. Anzeige: Fibromyoma colli uteri cum graviditate.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVII. Hft. 1.)

Die Myome waren in der Schwangerschaft sehr rasch gewachsen. Dasjenige, welches im kleinen Becken lag, ging vom Cervix aus und verengte den sagittalen Durchmesser des Beckens auf 3—4 cm. Die Operation wurde am 263. Tage der Schwangerschaft vorgenommen. Stielversenkung. Das Cervixmyom wurde, weil subperitoneal gelegen, zurückgelassen. Es schrumpfte in $1^1/_2$ Jahren so, dass es kaum noch nachgewiesen werden konnte. **Pfannenstiel** (Breslau).

12) Teuffel. Ein Fall von Kaiserschnitt bei Carcinoma uteri.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

Ein weit vorgeschrittenes Cervixcarcinom am Ende der Schwangerschaft war die Indikation zum Kaiserschnitt, der nach Sänger'scher Methode ausgeführt wurde, zunächst mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind. Das Kind starb nach 14 Tagen in Folge mangelhafter Pflege. Die Mutter machte ein günstiges Wochenbett durch, welches nur durch eine Lochiometra in den ersten 2 Tagen komplicirt wurde. Nach 3 Wochen ging sie an Verblutung in Folge Carcinomzerfall zu Grunde. T. räth zur Vermeidung der Lochiometra in solchen Fällen einen starken Drain in den Uterus zu legen und betont die Nothwendigkeit einer exakten Uterusnaht nach Sänger's Vorschriften. **Pfannenstiel** (Breslau).

13) Beaucamp. Ein Beitrag zur Porro-Operation.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

B. tritt dafür ein, dass bei Infektion des Genitalschlauches und bei Uteruscarcinom die Porro'sche Operation dem konservativen Kaiserschnitt mit utero-abdominaler Naht vorzuziehen sei und empfiehlt den Porro bei vorgeschrittener Osteomalacie. Die der Porro'schen Methode anhaftenden Mängel hält er für beseitigt durch die Frank'sche Modifikation, welche darin besteht, dass der Uterusstumpf nicht nach den Bauchdecken hin, sondern durch Umstülpung nach der Vagina hin

extraperitoneal ausgeschaltet wird. Der Stumpf wird zunächst umsäumt, dann werden die Fäden in zwei Hälften (dadurch wird die Umstülpung erleichtert) durch die Scheide nach außen geleitet und durch Zug an den Fäden die Umstülpung des Stumpfes bewerkstelligt. Zur Sicherung des Peritonealabschlusses wird die Beckenserosa über dem Stumpf mit Catgut vernäht. Die Umstülpung gelingt, wie B. auf Grund zweier Fälle urtheilt, »in allen Fällen, bei denen der Cervikalkanal nicht verlegt ist, spielend«. Der Stumpf stülpt sich im Laufe der Nachbehandlung wieder zurück, ohne dass eine Wiedereröffnung der Bauchhöhle statt hat. Den Hauptvorzug der Frank'schen Methode sieht B. in der schnelleren Heilung. Über den einen Fall, welchen Frank nach seiner Methode operirt, hat Verf. bereits auf der 61. Naturforscherversammlung berichtet; derselbe wurde wegen Carcinom ausgeführt mit zunächst glücklichem Ausgange für Mutter und Kind (beide starben später, d. h. nach 4 Monaten). Der zweite Fall wurde wegen vorgeschrittener Osteomalacie ausgeführt. Zwillinge, das 1. Kind lebend, das 2. todt. Im Wochenbett vom 2. bis 7. Tage an Temperatursteigerungen (bis 39,6) und sehr frequenter Puls (bis 156). Am 6. Tage maniakalischer Anfall, welchen Verf. als Inanitionsdelirium deutet, während er auf die Ursache des Fiebers nicht eingeht. Genesung.

Pfannenstiel (Breslau).

14) Fanton. Über schmerzlose Geburten.

(Arch. de tocol. 1890. Februar.)

F. berichtet mehrere Fälle, in denen es ihm gelang, durch Suggestion Schwangerschaftsbeschwerden wie Erbrechen u. A. zu beseitigen. Dann versuchte er dieses Verfahren bei Geburten und hatte Erfolg, wenn sich ihm vor Beginn der Wehen ein- oder mehrmals schon Gelegenheit zu der betr. Suggestion bot; in einem Falle, wo die Wehen begonnen hatten, war die Suggestion ganz erfolglos.

Bei einer Ipara suggestionirte F. 3mal vor der Niederkunft Schmerzlosigkeit; als die ersten Wehen einsetzten, unternahm er die letzte Suggestion dahin lautend, dass die Gebärende bis $^1/_2$ Stunde vor der Geburt auf einem Sessel verbleiben solle. Nach 2 Tagen und einer Nacht wünschte die Gebärende plötzlich ein Bett als Lager. 38 Minuten später erfolgte die Ausstoßung der Frucht.

F. ist geneigt, dieses Verhalten nicht einem bloßen Zufall zuzuschreiben.

Heyder (Leipzig).

15) Puech (Montpellier). Über die prophylaktische Behandlung der Ophthalmia purulenta bei Neugeborenen.

(Arch. de tocol. 1890. Februar.)

P. schildert die Erfahrungen, welche in der Klinik von Montpellier mit der prophylaktischen Behandlung der Augen Neugeborener erzielt wurden.

Nachdem noch vom 1. Januar 1888 bis 1. November 1888 die Zahl der Erkrankungen gegen 20—25 % betrug, sank sie von diesem Zeitpunkte ab mit Einführung der Prophylaxe plötzlich auf ein paar Fälle bis zum 1. Januar 1890. Nur 2 Kinder bekamen Ophthalmien, das eine war nicht vom Arzte, sondern von einer Hebamme behandelt worden, das andere, eine Straßengeburt, wurde erst etliche Stunden nach der Geburt der prophylaktischen Behandlung unterworfen.

Die Kinder wurden theils nach Credé, theils nach Hegar-Korn (sorgfältige Reinigung der Augen mit sublimatgetränkter Watte) behandelt. Letztere Methode hält P. besonders für die Privatpraxis für angebracht.

Heyder (Leipzig).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

STUR MEDICAL LIBRARY ASS'N NOV 17 1890

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 45. Sonnabend, den 8. November. **1890.**

Inhalt: **E. Fraenkel**, Spätrecidiv eines Portiocancroïds nach 8 Jahren. (Original-Mittheilung.)

1) **Favre**, Placenta. — 2) **Diffre**, Couveuse. — 3) **Chazan**, Ovulation und Menstruation. — 4) **Eisenhart**, Handgriff zur Entwicklung des nachfolgenden Kopfes.

5) Naturforscherversammlung zu Bremen (Gynäkologische Abtheilung).

6) **Gördes**, Schwangerschaft und Neubildung. — 7) **Frank**, Exstirpatio uteri. — 8) **Fleischlen**, Hyperemesis. — 9) **Skutsch**, 10) **Felsenreich**, Totalexstirpation. — 11) **Wiesel**, Vomitus gravidarum.

Spätrecidiv eines Portiocancroïds nach 8 Jahren.

Von

Dr. Ernst Fraenkel, Breslau.

In dem Referat über die an das Thema der vaginalen Totalexstirpation auf dem Berliner internation. med. Kongresse sich anschließende Diskussion in No. 37 dieses Centralblattes ist p. 109 auch eines von mir mitgetheilten Falles Erwähnung gethan, leider aber mit einem durch die schlechte Akustik des Sitzungssaales erklärlichen Missverständnis: Nicht, dass der Fall noch 8 Jahre nach einer galvanokaustischen Abtragung der Portio recidivfrei sei, sondern umgekehrt, dass jetzt, 8 Jahre nach der Operation, ein Recidiv aufgetreten sei, hatte ich gesagt. Dieser Irrthum und der Umstand, dass der Fall an sich für die Beurtheilung der Endresultate der Krebsoperationen nicht unwichtig erscheint, veranlassen mich, denselben hier ausführlicher mitzutheilen:

Frau K., 32 Jahre alt, IIIpara, konsultirte mich zuerst am 21. Juni 1881 wegen seit $^1/_4$ Jahre anhaltender Blutungen und fötiden Ausflusses. Es fand sich bei der recht anämischen, abgemagerten Frau ein den Scheidengrund ausfüllendes, pilzförmig aufsitzendes, im beginnenden Zerfall begriffenes Cancroïd beider Muttermundslippen mit einer schmalen, scheinbar gesunden Zone an der Portiobasis. Das Beckenbindegewebe und die Lymphdrüsen schienen noch frei, der Uterus war gut nach unten dislocirbar. Die vaginale Totalexstirpation war damals erst im Entstehen; daher wurde am 25. Juni 1881 nur eine partielle Operation ausgeführt.

Der Uterus wurde tief heruntergezogen, dadurch der Scheidenansatz an der Portio mit um- und eingestülpt, die Portio möglichst hoch im Gesunden umschnitten, der Cervix nach oben noch etwas stumpf herauspräparirt und mit der ganz langsam durchschneidenden galvanischen Glühschlinge supravaginal amputirt. Die Neubildung an der abgetragenen Portio wurde im hiesigen pathol. Institut für Cancroïd erklärt, die Schnittfläche als scheinbar im Gesunden gelegen.

Nach Abstoßung des Brandschorfes wurde am 7. Juli die erste und am 7. August die zweite Chlorzinkätzung (nach M. Sims' Methode) vorgenommen. Die Wundfläche überhäutete dann rasch, alle Symptome schwanden und die Kranke, die nach Art geheilter Carcinomfälle schnell ihre gesunde Gesichtsfarbe und frühere Körperfülle wieder erlangt hatte, konnte sehr bald entlassen werden. Nur um den etwa linsengroßen, durch die Ätzungen etwas verengten Muttermund blieb ein ganz schmaler, kleiner Erosionssaum, der aber nichts Verdächtiges an sich hatte und, wie sich bei den regelmäßig fortgesetzten halbjährigen Kontrolluntersuchungen zeigte, weder Schmerzen, noch Blutungen, noch Ausflüsse verursachte. Frau K. erfreute sich vollkommener Euphorie, als ich sie zuletzt am 8. Mai 1888 sah. Nun erschien sie erst am 6. März 1889 wieder und zwar in völlig verändertem Zustande: Sie war abgemagert, klagte über Gefühl von Frost und Hitze, hatte bei normaler Temperatur einen kleinen, frequenten Puls (100) und gab an, seit Weihnachten 1888 an Blasenkrampf, seit etwa 14 Tagen an anhaltenden, ziemlich starken Blutungen und nach den Schenkeln ausstrahlenden Unterleibsschmerzen zu leiden.

Ich fand am Portiostumpf und von da übergreifend auf das vordere Scheidengewölbe ein flaches Geschwür mit harten Rändern und missfarbigem, bei Berührung abbröckelndem und stark blutendem Grunde. Der Uterus war im Becken fixirt, circumscripte Knoten im Beckenbindegewebe jedoch nicht zu fühlen. Zweifellos handelte es sich um ein örtliches, rasch vorschreitendes und zerfallendes, bereits inoperables Carcinomrecidiv. Der weitere Verlauf desselben war ohne Besonderheiten; es kam im Mai 1889 zur Bildung einer Blasenscheidenfistel und unter wiederholten Blutungen und Jauchung trat am 17. Juli 1890 der Exitus ein.

Dieser Fall liefert einen neuen Beweis, wie vorsichtig man bei der Aufstellung von Statistiken über die endgültige Heilung des Gebärmutterkrebses verfahren muss; er ist nämlich einer von den 6 Fällen, die ich noch vor 2 Jahren[1] als radikal geheilt bezeichnen zu können glaubte, da damals bereits 7 Jahre Recidivfreiheit bestand und wohl allgemein eine 3—4jährige Euphorie als ausreichend für die Annahme bleibender Heilung angenommen wird. Indessen muss ich nach dieser überraschenden Erfahrung wohl darauf gefasst sein, dass auch von den übrigen 5, unter meiner fortdauernden Kontrolle stehenden Fällen der eine oder andere sich noch subtrahiren wird.

Die hier beobachtete lange Recidivfreiheit lässt sich nicht, wie Kaltenbach auf dem internat. med. Kongresse in Berlin (l. c. p. 109) wohl mit Recht für die große Mehrzahl der Spätrecidive feststellte, durch hohes Alter der Kranken und damit zusammenhängend, durch eine langsam wachsende Krebsform erklären; im Gegentheil betraf der Fall eine noch relativ junge Frau, und es bestand von Anfang an ein großes papilläres Carcinom der Portio, also gerade eine der am schnellsten wuchernden und am frühesten zu Recidiven führenden Formen. Es scheint mir vielmehr, dass die

---

[1] Über Chlorzinkätzungen bei sog. inoperablem Uteruscarcinom und bei chron. Endometritis, dieses Centralblatt 1888. No. 37. p. 594.

an Radikalheilung grenzende 8jährige Latenz des Krebses in unserem Falle der energischen und wiederholten Anwendung des Cauterium actuale und potentiale und der dadurch bedingten festen Narbenbildung zuzuschreiben ist, wie auch Schröder in der Diskussion über dasselbe Thema auf der Versammlung deutscher Naturforscher in Berlin (dieses Centralblatt 1886 No. 47 p. 771) im Anschluss an meine damaligen Mittheilungen bemerkte, dass er der Glühhitze als recidivverhinderndem Faktor großes Gewicht beilege und ein Recidiv, nach einer blutigen Operation eingetreten, damit radikal geheilt habe. Die Frau sei seit 8 Jahren gesund.

Andererseits bildet mein Fall auch eine bemerkenswerthe Ausnahme von der von Hofmeier[2] aufgestellten Regel, dass Kranke mit Portiocarcinomen vor lokalen Recidiven gesichert sind, wenn etwa ein Jahr nach der Operation sich örtlich keine verdächtigen Erscheinungen zeigen. Denn wenn man nicht zu der etwas gezwungenen Deutung greifen will, dass es sich um kein Recidiv, sondern um eine neue, von der ersten unabhängige Erkrankung gehandelt habe, bleibt nur die Annahme übrig, dass — im Gegensatze zu den Hofmeier'schen Spätrecidiven, wo der Uterus selbst gesund blieb, während sich die Carcinomknoten im Beckenbindegewebe verbreiteten — hier das Recidiv von dem Portiostumpf, und zwar höchst wahrscheinlich von der schmalen erodirten Stelle um den Muttermund als flaches Ulcus ausgegangen ist und sich von da auf die Nachbarorgane weiter verbreitet hat.

Zweitens aber liefert unser Fall auch eine Bestätigung der von Hofmeier[3] hervorgehobenen starken Recidivneigung größerer Cancroïde der Portio (Carcin. papillare, Braun). In allen von Hofmeier in seinen Tabellen zusammengestellten Fällen von späten Recidiven handelt es sich jedes Mal um mehr oder weniger große derartige Tumoren, und der eine Fall (Tab. III No. 18), wo nach supravaginaler Amputation eines fast faustgroßen papillären Tumors die Heilung nach noch $3^1/_2$ Jahren anhielt, zeigt durch die verhältnismäßig schmale Stielung der Neubildung an der Portio die größte Ähnlichkeit mit dem unsrigen. Auch die Schlüsse, die Hofmeier aus der großen Recidivfähigkeit dieser Art von Carcinomen in Bezug auf die operativen Indikationen zieht, werden zunächst scheinbar durch unseren Fall bestätigt. Denn während die blutige Entfernung, speciell die Totalexstirpation, bei diesen großen papillären, leicht abbröckelnden, blutenden und jauchenden Geschwülsten nach Hofmeier und Carl Braun oft einen geradezu beschleunigenden Einfluss auf Eintritt und Verlauf des Recidivs hat, sieht man hier nach wiederholten und starken Kauterisationen jahrelangen Stillstand des Processes. Die Erklärung dafür liegt wohl einerseits in der von

---

[2] Über die endgültige Heilung des Carcinoma cervicis uteri durch die Operation, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. XIII. p. 367.

[3] l. c. p. 375.

Hofmeier betonten Impfung von Carcinomkeimen in das geöffnete Beckenbindegewebe durch die blutige Operation, so wie in der besonders schnellen Verbreitung zurückgebliebener Keime in dem saftreichen Granulationsgewebe, andererseits in der von mir besonders hervorgehobenen (Centralblatt für Gynäkologie 1888 p. 595) tiefen und energischen Verkohlung der Wundhöhle mit dem Ferr. galvanocandens oder Paquelin, so wie in den wiederholten folgenden intensiven Chlorzinkätzungen und in der dadurch sich bildenden Narbe von derartiger Festigkeit, dass die Entwicklung in oder unter ihr zurückgebliebener Carcinomkeime verhindert oder wenigstens erheblich verzögert wird.

Wenn also auch nach diesen palliativen Operationen bei gewissen Formen des Krebses die Möglichkeit eines bleibenden Erfolges nicht ausgeschlossen ist, so stehe ich dennoch nicht an, zu erklären, dass ich heut in einem ähnlichen Falle, wie dem eben mitgetheilten, allein die vaginale Totalexstirpation ausführen würde. Es würde hier, wie zahlreiche neuere anatomische Befunde beweisen, durch die supravaginale Amputation — gleichgültig ob mit Messer und Schere oder mit der Glühschlinge — bei Absetzung auch im scheinbar gesunden Gewebe immer die Möglichkeit des Zurückbleibens einzelner Krebsherde in oder oberhalb der Amputationsfläche vorhanden sein, die noch nach jahrelanger Latenz zu tödlichen Recidiven führen können. Nur die Entfernung des ganzen Organs schafft nach dieser Richtung hin Sicherheit; auf etwaige dabei im Beckenbindegewebe oder in den Lymphdrüsen zurückgelassene Keime haben wir durch keine bis jetzt bekannte Methode Einfluss. Die Reflexion, dass in meinem Falle, wo nach einer nur partiellen Operation erst nach 8 Jahren ein örtliches Recidiv eintrat, dieses durch die vaginale Totalexstirpation hätte vermieden werden können, liegt sicher viel näher, als die Befürchtung eines schnelleren Recidivs durch Krebsinfektion des bei einer Radikaloperation geöffneten Beckenbindegewebes.

---

1) **Favre.** Über den weißen Infarkt der menschlichen Placenta.

(Virchow's Archiv Bd. CXX. Hft. 3. 1890.)

Verf., der seine Untersuchungen unter der Leitung von Langhans ausführte, fand (ähnlich wie Küstner) oft mitten in den weißen Infarkten der Placenta noch gut erhaltene Zotten mit kernhaltigem Epithel, ja manchmal war sogar die ganze Peripherie solcher Herde stärker verändert als das Centrum. In den Stammzotten eines Randinfarktes fand Verf. eine so starke Verdickung der Intima, dass stellenweise das Gefäßlumen beinahe verschwand. Diese Verdickung der Intima bestand aus einer stärkeren, kernhaltigen cirkulären Faserung. Auch in scheinbar freien Zotten fand man diese Erscheinung. Bei weiterer Verfolgung dieser scheinbar freien Zotten bis auf ihre Wurzeln sieht man, dass das Epithel durch Fibrinmassen ersetzt ist. Verf.

stellt sich vor, dass das großzellige Gewebe, mag es von der Decidua, den Decidualsepta oder der Zellschicht des Chorions oder von sämmtlichen drei Quellen zugleich ausgehen, an die Zotten heranwuchert, das Epithel an der Berührungsfläche lockert und dann zwischen Epithel und Stroma um das letztere herumwuchert. Das Epithel wird auf diese Weise abgehoben und die Zellschicht kommt mit dem mütterlichen Blute in Berührung. Später folgt die fibrinöse Degeneration. Es können auch nach Verf. weiße Infarkte vielleicht so entstehen, dass mehr oder weniger große Buchten schließlich ganz von Deciduagewebe überwuchert und dadurch gegenüber dem cirkulirenden Blute abgeschnitten werden. Auch können bekanntlich schwere Ernährungsstörungen vor oder während der Gravidität Infarktbildungen der Placenta verursachen. Ob ein Zusammenhang zwischen Endometritis und Infarkt besteht und ob der Infarkt auch nicht mykotischen Ursprungs sein könnte, müssen weitere Untersuchungen lehren. Die Möglichkeit sei keineswegs ausgeschlossen.

v. Święcicki (Posen).

---

2) **Diffre** (Montpellier). Neues System einer Couveuse für Neugeborene.

(Arch. de tocol. 1890. April.)

Mehrere wesentliche Verbesserungen der Tarnier-Auvardschen Couveuse verdanken D. ihren Ursprung. Er hat den Apparat in Cylinderform mit Vermeidung aller Kanten und Buchten zum völligen Auseinandernehmen herstellen lassen, wodurch eine gründliche Reinigung erzielt werden kann. Die Unhandlichkeit des bisherigen schweren Deckels hat er durch Zweitheilung desselben vermieden; in der Mitte des Deckels ist eine kleinere, für sich abschließbare Öffnung eingeschaltet, die sich leicht mit einer Hand bedienen lässt. Der obere Theil des Cylinders, zur Aufnahme des Kindes bestimmt, lässt sich von dem unteren abheben, welcher die Heizvorrichtung enthält. Die Regulirung der Wärme kann bequem von außen vorgenommen werden, da 4 Schubfächer zur Aufnahme von heißem Wasser dienen, die einzeln gewechselt werden können. Der Strom der eintretenden erwärmten Luft tritt nicht wie bei Tarnier-Auvard am Kopfende des Kindes ein sondern am Fußende, bestreicht die ganze Unterseite des kindlichen Lagers und verlässt den Apparat durch eine Öffnung im Deckel, dem Kopfende des Lagers entsprechend. Unter dem Lager des Kindes ist noch ein mit Wasser getränkter Schwamm angebracht, der der erwärmten Luft die nöthige Feuchtigkeit mittheilt. Das Lager selbst besteht aus einer flachen, an ihren beiden Enden nach entgegengesetzten Richtungen rechtwinklig gebogenen, vernickelten Metallplatte, auf welche eine dünne Matratze gelegt wird, eine schätzenswerthe Vereinfachung der früheren komplicirten und nicht gründlich zu reinigenden Einrichtung.

Heyder (Leipzig).

---

3) **Chazan.** Ovulation und Menstruation. Eine kritische Studie.
(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVI. Hft. 1.)

Auf Grund einer Kritik der bisherigen Anschauungen von dem Wesen der Ovulation und Menstruation kommt C. zu etwa folgenden durch zahlreiche klinische und anatomische Thatsachen gestützten Anschauungen über diese wichtigen Vorgänge des Geschlechtslebens des Weibes:

Sowohl die Ovulation, als die Menstruation sind selbständig organisirte Vorgänge. Die Ovulation ist unabhängig von der Menstruation. Sie geht ununterbrochen vor sich, d. h. auch in der intermenstruellen Zeit und auch dann, wenn die Menstruation aus irgend einem Grunde nicht vor sich gehen kann.

Die Menstruation, obwohl selbständig organisirt, ist — dank ihrer Aufgabe, die Schleimhaut zur Aufnahme und Ernährung des befruchteten Eies vorzubereiten, in gewisser Abhängigkeit von der Ovulation. Darum tritt sie nicht auf, wenn die Ovarien, z. B. wegen mangelhafter Entwicklung, nicht thätig sind. Die Abhängigkeit ist jedoch nicht eine zeitliche, sondern nur eine ursächliche. Die Lebensthätigkeit der Ovarien ist die Ursache einer ganz bestimmten ununterbrochenen Lebensthätigkeit der Schleimhaut des Uterus. Bald befindet sich dieselbe im Zustande der Schwellung, Auflockerung, bald in dem der Rückbildung. Die Vollendung der Rückbildung ist der Anstoß zum Wiederbeginn der Anschwellung, und zum vollständigen Abschluss eines solchen Cyklus gehören 28 Tage. Die wellenförmigen Bewegungen in der Lebensenergie des Weibes, welche sich hauptsächlich am Pulse, an der Temperatur, an der Menge der Harnstoffausscheidungen äußern, gehen Hand in Hand mit dem Menstruationscyklus und sind, wie dieser, gleichfalls ursächlich bedingt durch die Ovulation. Der Menstruationsvorgang umfasst einerseits die specifischen Schleimhautveränderungen und andererseits die Wellenbewegungen der Lebensvorgänge im Gesammtorganismus. Die Molimina menstrualia, welche periodisch auftreten, sind nicht abhängig von der Ovulation, sondern von dem periodisch sich abspielenden Menstruationsprocess. Die bei Anämie und während der Laktation vorhandene Amenorrhoe hat ihre Ursache in »ökonomischen Gründen« des Haushalts des Organismus. Es findet zwar ein Menstruationscyklus statt, doch kommt es aus diesen ökonomischen Gründen nicht zur Blutung.

Das befruchtete Ei kann sich an jedem beliebigen Tage der intermenstruellen Zeit in der Mucosa uteri einbetten. Die stete Konceptionsfähigkeit des Weibes, durch welche sich der Mensch vom Thiere unterscheidet, ist nach Verf. nicht sowohl dadurch bedingt, dass entweder das Sperma oder das Ei längere Zeit auf einander zu warten vermögen, als vielmehr durch den Umstand, dass zu jeder Zeit der intermenstruellen Periode ein eben geplatzter oder zum Platzen reifer Follikel da ist. Die erhöhte Konceptionsfähigkeit unmittelbar nach der Menstruation hängt nach C. mit einer Reihe von

Faktoren zusammen, welche alle bei der Konception überhaupt in Betracht kommen. **Pfannenstiel** (Breslau).

---

4) **Eisenhart.** Mauriceau-Lachapelle'scher oder Wigand-Martin'scher Handgriff?

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

Martin hat bekanntlich neuerdings einen Handgriff zur Herausbeförderung des nachfolgenden Kopfes empfohlen, welcher ursprünglich von Wigand angegeben wurde und darin besteht, dass nicht ein Zug am Rumpf des Kindes angewendet wird (Mauriceau-Lachapelle'scher, bez. Veit-Smellie'scher Handgriff), sondern mit der freien Hand von den Bauchdecken aus der Kopf in das Becken hinein und durch das Becken hindurch gedrückt wird, während die andere Hand von der Scheide aus in den Mund des Kindes geht und die richtige Einstellung des Schädels bewirkt. Verf. veröffentlicht die Ergebnisse einer größeren Beobachtungsreihe bei Anwendung des Wigand-Martin'schen Handgriffs aus der Winckel'schen Klinik, im Ganzen 50 Fälle, unter Gegenüberstellung von 50 entsprechenden Fällen, in denen der alte Handgriff angewendet worden. Der erforderliche Druck war in der großen Mehrzahl der Fälle ein mäßiger; wo ein kräftiger wiederholter Druck nicht zum Ziele führte, handelte es sich um Fälle, welche auch durch die Ausziehungsmethode nicht zu beendigen waren. Verf. räth, den Druck erst zu beginnen, wenn der Kopf durch den inneren Handgriff richtig gestellt ist. Er empfiehlt, nach Winckel 2 Finger in den Mund des Kindes und außerdem den Daumen auf den unteren Mandibularrand zu appliciren zum besseren Halt und zur Verhütung von Verletzungen. Nach Verf. ist die Aussicht, ein lebendes Kind zu entwickeln, wenigstens 7mal größer bei Ausdrückung des nachfolgenden Kopfes nach Wigand-Martin-Winckel'scher Methode, als nach der alten Ausziehungsmethode. Einzelne tödliche und eine große Anzahl schwerer Verletzungen des Kindes sind bei Anwendung des ersteren Handgriffs völlig ausgeschlossen, eine Reihe anderer (Verletzungen am Unterkiefer) werden bei entsprechender Ausführung sicher vermieden. Die Mutter ist bei richtiger Anwendung desselben keinerlei Gefährdung ausgesetzt, und verläuft das Wochenbett meist ohne Störung und seltener von unangenehmen Zufällen begleitet, als nach Vornahme des Mauriceau'schen Handgriffes. Die Placenta wurde zwar verhältnismäßig häufiger durch das Wigand'sche Verfahren ausgedrückt, als durch das Mauriceau'sche, doch war der Blutverlust dabei nicht größer. Dammrisse und andere Verletzungen der mütterlichen Weichtheile waren etwas seltenes. Zweimal kamen Zerreißungen innerhalb des Gelenkapparates des Beckens vor, einmal bei einer tuberkulösen Person und einmal bei einer Frau, welche schwere Geburten bereits früher durchgemacht hatte, beide Male ohne dass der Druck sehr kräftig war. **Pfannenstiel** (Breslau).

---

5) Naturforscherversammlung in Bremen (Gynäkologische Abtheilung).

Kocks (Bonn). (Selbstbericht.) **Über intraperitoneale Stielbehandlung mit versenkten Klemmen und die Klemmbehandlung im Allgemeinen.**

M. H. Parenchymatöse Blutungen, welche nach Operationen in die Bauchhöhle erfolgen, scheinen bekanntlich sehr oft als Nährflüssigkeit für die Entwicklung von schädlichen, ja tödlich wirkenden Mikroben, so dass solche Blutaussickerungen nach operativen Eingriffen im Peritonealraume wo möglich ganz zu verhüten sind. Bei der Beurtheilung einer Operationsmethode ist diese Möglichkeit daher von großer Wichtigkeit. Ferner ist jede Verkürzung der Operationsdauer, die sie anderen Methoden gegenüber gestattet, natürlich ceteris paribus, also bei gleicher Sicherheit beider, ebenfalls von nicht zu unterschätzendem Werthe, da lange Narkosen nicht nur direkt als solche, sondern auch in ihren späteren Folgen, Gefahren für Gesundheit und Leben der Operirten mit sich bringen, Gefahren, die jeder Operateur kennt und mit Recht fürchtet.

Man könnte nun glauben, dass heute bei den guten Resultaten der peritonealen Chirurgie jeder Versuch, die Technik in andere Bahnen zu lenken, als mindestens überflüssig erscheinen müsste. Ich bin nicht der Meinung und möchte daher solche Versuche, die eine Methode zu schaffen strebt, welche größte Sicherheit gegen Nachblutungen gewährleistet, leichtere und raschere Ausführbarkeit gestattet, nicht ungeprüft lassen, nicht ungeprüft lassen eine Methode, durch welche viele der sogenannten inoperabelen Fälle angreifbar zu werden gehofft werden darf, ich meine die Klemmbehandlung.

Pean und Richelot in Frankreich, so wie Landau in Deutschland haben bereits Erfahrungen beschrieben, die der Klemmbehandlung das Wort reden, obgleich diese Methode sich noch bei Weitem nicht der Ausbildung erfreut, welche der successiven Unterbindung im Laufe der Jahre gegeben worden ist. Auf dem letzten internationalen Kongress sprach sich auch A. Martin dahin aus, dass ihm die Klemmbehandlung für gewisse Fälle wenigstens werthvoll zu sein scheine.

Was der Klemmbehandlung Unvortheilhaftes nachgesagt wird, beschränkt sich darauf, dass die Zangen meistens durch Druck auf die hintere Beckenwand resp. den dort gelegenen Darm Schmerzen veranlasst.

Dieser Übelstand ist, wie ich glaube, eine natürliche Folge der gleichsam unphysiologischen Gestaltung der bisher gebräuchlichen Instrumente (Zangen), die zwar eine leichte Beckenkrümmung, jedoch keine sich der Scheide anpassende Form besitzen, so dass die geraden Stiele derselben durch den Damm nach oben gedrängt werden und so nothwendigerweise der fassende Theil des Instrumentes nach hinten und unten gedrängt werden, sobald sie etwas hoch ins kleine Becken hinauf angelegt wird, oder aber auch durch die Schwere des Stieles außen zu sehr nach abwärts sinkt, wodurch die Branchenspitze die Blase drücken kann.

Um beide Übelstände zu beseitigen, habe ich mir Zangen konstruiren lassen, die, wie Sie aus den herumgereichten Exemplaren ersehen werden, genau nach der Achse eines normalen Beckenscheidendurchschnittes gekrümmt sind. Der Druck, den geradstielige Zangen auf die hintere resp. vordere Beckenwand oder die dort gelegenen Organe auszuüben im Stande sind, ist bei Verwendung von Instrumenten wie die vorliegenden gänzlich ausgeschlossen, erstens in Folge ihrer besseren Krümmung und zweitens in Folge ihrer leichteren Konstruktion.

Diese Krümmung und leichtere Konstruktion der Zangen erlaubt es uns nun auch ferner noch, die Zangen durch den unteren Winkel von Laparotomiewunden in das kleine Becken hineinzuhängen und in dessen Tiefe Stiele oder Ligamente styptisch komprimirt zu halten. Da ich die Zangen erst kürzlich zu versuchen beschlossen habe, so kann ich Ihnen nur Weniges, aber auch nur Gutes, über deren Wirkung berichten.

Die erste Operation, bei welcher ich die Instrumente verwendete, war die

vaginale Totalexstirpation eines fibromatös entarteten Uterus, bei welchem sich beginnende carcinomatöse Entartung der Portio eingestellt hatte. Der Verlauf war ein ganz reaktionsloser, ohne jede Temperatursteigerung und, worauf es mir hauptsächlich ankam, ein vollkommen schmerzloser, obgleich das rechte breite Mutterband stark geschrumpft war, so dass die Zange in dieser Seite sehr hoch angelegt werden musste.

Am 14. Tage verließ die Pat. ganz wohl das Bett. Nicht genug kann ich die Leichtigkeit rühmen, mit der die Operation ausführbar ist. Die Zangen wurden am Ende des 3. Tages nach der Operation leicht und ebenfalls ganz schmerzlos entfernt.

Die zweite Operation, bei welcher ich von der Zange Gebrauch machte, war eine Ovariotomie per laparotomiam. Eine faustdicke Dermoidcyste hatte lange Zeit große Beschwerden veranlasst, so dass die noch jugendliche Pat. selbst sehr auf operative Entfernung der Geschwulst drang.

Die Zange wurde um den sehr kurzen Stiel der Cyste, die direkt auf dem linken Eierstock saß, mit der konkaven Seite nach der Symphyse gerichtet, gelegt und dann nach Abtragung der Cyste ins kleine Becken versenkt. Also eine Klammerbehandlung mit Versenkung, oder eine intraperitoneale Klammerbehandlung.

Kaum 10 Minuten hatte die Operation gedauert, bis nach Abtragung des Tumors der Stiel von der Zange styptisch komprimirt versenkt war, so dass darauf nur noch die Bauchwunde zu schließen war. Diese wurde bis an die Zange, die im unteren Wundwinkel lag, mit Seide geschlossen. Der Fall war in so fern, eben so wie der soeben erwähnte, für die Klemmbehandlung nicht günstig, als das Dermoid, wie erwähnt, dicht mit dem Ovar verbunden war, so dass wir es nicht, wie in den meisten Fällen von Ovarialkystomen, mit einem längeren Stiel zu thun hatten.

Doch ich halte die Klemmbehandlung, nach der bei dieser Operation gemachten Erfahrung, nicht nur für solche kurzstielige Cysten, sondern auch bei der Kastration für zweckdienlich. Bei der sehr reizbaren Pat. stellte sich, trotz der kurzen Dauer der Operation, Chloroformbrechen ein, welches erst am 2. Tage einer Dosis Morphium wich. Diese Pat. verließ ebenfalls am 14. Tage das Bett, ohne gefiebert zu haben und besser aussehend, als vor der Operation. Die Zange war nach 2mal 24 Stunden entfernt worden.

Die Verwendung der versenkten Zange erwies sich also hier ebenfalls als durchaus praktisch; kein Faden, kein Katgut, nichts blieb nach Ablauf des 2. Tages im Abdomen zurück, was stürmische Erscheinungen hätte veranlassen können; nachdem das Instrument entfernt war, konnte Infektionsgefahr nicht mehr drohen. Ich werde daher das Ligiren des Stieles von Ovariencysten ebenfalls von jetzt ab durch die intra-uterine Klemmbehandlung ersetzen.

Bei großen Fibromen sind je 2 Klemmen von der Scheide und dem unteren Wundwinkel der Bauchdeckenwunde anzulegen und ist dazwischen totaliter zu exstirpiren.

Wenn die Ligamenta lata frei von Residuen früherer Entzündungen und nicht geschrumpft sind, so liegen bei der vaginalen Totalexstirpation die Klemmen so tief, dass sie sich extraperitoneal befinden.

So war es in dem zuerst erwähnten Falle an der linken Seite. Rechts lag dagegen die Klemme sehr hoch, weil hier das Band erheblich verkürzt war. Doch zeigte sich gerade hier die Krümmung der Zange in ihrem vollen Werthe.

Eine andere gute Eigenschaft der Zangen will ich hier nicht unerwähnt lassen. Bekanntlich haben namhafte englische und amerikanische Operateure wie Bantock, Keith, Lawson Tait, Cushing, Penrose u. A. und in Deutschland Sänger die Drainage bei Laparotomien als ein sehr schätzenswerthes Hilfsmittel, den Heilungsverlauf bei Ovariotomien weniger stürmisch zu gestalten, warm empfohlen und zu diesem Zwecke gerade oder gekrümmte Glasröhren durch den unteren Wundwinkel in das kleine Becken eingeführt, so dass also neben den Ligaturen noch ein fremder Körper ins Peritonealcavum gebracht wird, genau so,

wie es bei der Klemmbehandlung geschieht, mit dem einzigen Unterschied, dass die Glasröhren nur drainiren, nicht aber gleichzeitig styptisch wirken, was der Seide überlassen wird. Die Wirkung dieser Röhren ist die, dass sie das in den ersten Stunden und Tagen nach der Operation sich ins Peritonealcavum ergießende blutige Serum nach außen befördern.

Genau in derselben Weise wie die Glasröhren wirkt die durch den unteren Wundwinkel eingelegte Klemme.

Es entleert sich nämlich neben der aus dem unteren Wundwinkel herausragenden Zange, wie ich im zweiten soeben erwähnten Operationsfalle beobachten konnte, reichlich eine leicht tingirte Flüssigkeit, die von der Jodoformgase, in welcher die Griffe und der Stiel des Instrumentes eingepackt lagen, aufgesaugt wurde, so dass wir die Klemme gleichsam als einen Drain, der unten den Stiel fasst, betrachten können, der nicht mehr reizt, als ein eingeführtes Glasrohr, dabei aber jedes Unterbindungsmaterial überflüssig macht und eben so wie die Drainröhren nach 2mal 24 Stunden entfernt werden kann, dann aber auch nichts mehr im Abdomen zurücklässt, was reizend oder inficirend wirken könnte.

Einen weiteren Vortheil scheint mir die Klemmbehandlung noch vor der Versenkung des unterbundenen Stieles zu bieten, der darin besteht, dass der Stiel nicht gleich nach der Operation unten ins kleine Becken zurückfällt, sondern bis zur Entfernung der Klemme schwebend, zwischen den Eingeweiden hängend, gehalten wird, so dass Verwachsungen mit demselben dadurch ausgeschlossen sind, dass ruhende Kontaktpunkte zwischen den in Frage kommenden Organen durch die Peristaltik des Darmes nicht gefunden werden können. Beim Anlegen der Klemme unter den zu exstirpirenden Ovarialtumor ist darauf zu achten, dass, wie früher bereits bemerkt wurde, erstens ihre Konkavität nach der Symphyse gerichtet sei, und zweitens, dass ihre Spitze nach derjenigen Seite sieht, aus welcher der Tumor stammt; also bei rechtsseitigem Sitze nach rechts, bei linksseitigem nach links.

Beim Anlegen der Zangen um die Ligamenta lata bei vaginalen Exstirpationen empfehle ich ferner sehr die Beckenhochlage, die ich zuerst im Jahre 1879 (s. Deutsche med. Wochenschrift No. 17 a. c.) ausführte und beschrieben habe. Es genügt zu diesem Zwecke vollkommen eine Erhöhung um 20—25 cm, die leicht durch untergelegte feste Kissen überall herzustellen ist. Bis zur Applikation der Instrumente kann die Pat. jedoch in einfacher Rückenlage verweilen, wobei die Respiration weniger beeinträchtigt wird, als bei der Beckenhochlagerung.

Um den Schluss der Klemmen absolut zu sichern, habe ich zwar einen Schraubenbügel anfertigen lassen, der die Griffe zusammenhalten soll. Ich halte jedoch Silberdraht oder Seide zur Sicherung des Schlusses für einfacher und, weil eben so gut, für praktischer.

Der Verlauf der beiden erwähnten Operationen und der Rekonvalescenz, die leichte Ausführbarkeit derselben scheinen mir, im Anschluss an die so eben geltend gemachten Vortheile, die Klemmbehandlung als Operationsmethode sehr zu empfehlen.

Eine weitere Vervollkommnung ihrer Technik bei Verwendung guter Instrumente dürfte sie bald zu größter Vollkommenheit gedeihen lassen.

Was mit dem komprimirt gewesenen Gewebe geschieht, ist durch Thierexperimente festzustellen.

Nach nur kurzer Kompression wäre vielleicht eine neue Vascularisation der Gewebsstreifen nicht ausgeschlossen, so dass alsdann eine selbst aseptische Nekrose umgangen würde.

Wäre das aber auch nicht der Fall, so kann doch nach 2mal 24 Stunden, wo die Klemmen wohl stets entfernt werden können, bereits die Resorption des geklemmt gewesenen Gewebsstreifens beginnen, was bei solidem Unterbinden nicht möglich ist.

Diskussion. Zweifel (Leipzig). Der Herr Vorredner empfiehlt eine neue, verbesserte Pean'sche Klemmzange, sowohl für die Totalexstirpation, als auch für die intraperitoneale Stielbehandlung. Durch die Ausdehnung seiner Empfeh-

lung auf die Laparotomie kommt er auf die alte extraperitoneale Behandlung zurück. Wenn auch zuzugeben sei, dass die Zangen gewisse Vorzüge gegenüber den Klammern besäßen, so sei es doch höchst unwahrscheinlich, dass der Herr Vorredner mit der Wiederempfehlung der extraperitonealen Stielbehandlung bei der Ovariotomie Glück haben werde. Die halbe Versenkung des Stieles und diese Art von zufälliger Herausleitung der Sekrete mittels der Klemmzangen, die Herr Kocks Drainage nenne, sei auch mit Köberle's »Serre-noeud« vorhanden gewesen.

Mit der Versenkung der ligirten Stiele erreiche man seit der Herstellung vollkommen aseptischen Ligaturmateriales so glänzende Erfolge, dass die Forcipressur sicher nur eine Verschlechterung bringen könne.

Was Herr Vorredner über das Katgut gesagt habe, sei heute sicher nicht mehr stichhaltig. Es hätte die Technik auch hier solche Fortschritte gemacht, dass man dem Katgut in Beziehung auf Asepsis und Haltbarkeit volles Vertrauen schenken könne. Er könne in dieser Hinsicht auf die Versuche von Reverdin, Benckiser und Döderlein verweisen. Durch eine kurz bemessene Gerbung des Katgut in Chromsäurelösung von 1:10000 und nachherige trockene Sterilisirung lasse sich ein Material schaffen, das zu seiner Einschmelzung beliebig lange Zeit brauche, dessen Resorptionsfähigkeit man gleichsam dosiren könne. Döderlein habe ausprobirt, dass die Härtung während einer Viertelstunde dem Katgut eine Haltbarkeit von ungefähr 4 Wochen verleihe.

Die Unglücksfälle ereignen sich durchaus nicht wegen mangelhafter Blutstillung am Stiele, es sei denn, dass diese fehlerhaft ausgeführt wurde. Gegen die Gefahr der Sepsis bieten die 2mal 24 Stunden liegenden Klemmzangen, die eben so gut, als sie zufällig Sekrete herausleiten, auch einmal pyogene Keime hineinleiten können, keinen Schutz.

Anders zu beurtheilen sei die Anwendung der Forcipressur bei der vaginalen Totalexstirpation des Uterus. Es sei hier schon das Eine günstiger, dass die Gelegenheit zur nachträglichen Infektion ferner liege.

Bei eigener Anwendung der Richelot'schen Zangen hätte er erlebt, dass die Tube oben aus der Klemmzange trotz kräftigsten Zusammendrückens abglitt, sich zurückzog und in die Bauchhöhle blutete. Es musste zur Blutstillung die Laparotomie nachgeschickt werden. In diesem Falle war der untere Theil der Uterusanhänge, den er im Unterschied zu dem erstgenannten Ligamentum latum Parametrium im engeren Sinne nennen möchte, sehr straff gewesen. Diese Gewebstheile, durch welche Nerven, Gefäße, Muskelbündel zum Uterus laufen, hätten die langen und federnden Branchen der Klemmzange so gespannt, dass die Spitzen oben nicht fest genug fassten.

Doch selbst wenn man durch stärkeren Bau diese Federung beseitige, klebe der Zangenbehandlung der Nachtheil an, dass sie einen Abschluss der Bauchhöhle nicht zulasse. In Beziehung der Peritonealnaht habe Redner zuerst immer zugenäht, später auf die allseitige Empfehlung der Jodoformgaze nach Langenbuch's Vorschlag auch vorübergehend dies versucht, bald jedoch wieder verlassen. Er sei dann zum Zunähen, mit Einlegen eines Gummibalkendrains, zurückgekehrt. Er benutzte diesen letzteren nur als Sicherheitsventil gegen allfällige Blutung und zog den Drain schon am Abend des Operationstages heraus. Es heile dann die Scheidenwunde ebenfalls per primam zu. Er halte das Zunähen im Interesse der Heilung geboten und um dies zu behalten und doch mit Hilfe der Forcipressur eine Beschleunigung und Erleichterung der Operation zu erreichen, werde er die Anwendung der Zangen gerade für die Parametrien versuchen.

Jeder Operateur wisse, wie gerade die genaue Blutstillung mit Unterbindungen aufhalte. Werde das Parametrium rasch durch Klemmzangen gesichert, der Uterus hier abgetrennt und dadurch beweglich, so sei dessen Ausstülpen und die nachfolgende Unterbindung von Tube und Lig. latum bald nachgeschickt. Dann sei es möglich, die Parametrien mit den Klemmzangen gegen die Scheide abwärts zu ziehen und die Wundspalte darüber zu vernähen.

Kocks (Bonn). Der von Herrn Zweifel beschriebene und als besonders dicke, an der Basis des Ligamentum latum gelegene Theil desselben, den der ge-

ehrte Redner mit einem besonderen Namen zu belegen vorschlägt, ist von mir seiner Zeit in meiner Arbeit über die Uteruslage und ihre Mechanik Angelband der Gebärmutter, lateinisch: Ligamentum cardinale uteri genannt worden. Dieses Bündel verdient in der That sowohl aus anatomischen wie aus physiologischen und nicht minder, wie Herr Zweifel so eben hervorhob, aus praktisch-chirurgischen Gründen einen besonderen Namen. Da die beiden Bündel die Angelpunkte oder vielmehr die Angellinie der sogenannten Aran'schen Uterusachse darstellen, um welche Achse der Uterus seine sämmtlichen Bewegungen ausführt, so findet diese ideelle Aran'sche Achse in den genannten Strängen ihr materielles Substrat. So führte ich bereits damals in der erwähnten Arbeit aus, und desshalb schien mir der Name Angelband der Gebärmutter, resp. für beide der Name von Angelbändern der geeignete. Ich möchte auch heute wieder aus diesen Gründen und weil ein richtiges Verständnis der ganzen Uterusmechanik und der ganzen Lehre von den Dislokationen und Malformationen des Uterus auf der Würdigung gerade dieser anatomischen Verhältnisse beruht, vorschlagen, die Bänder »Angelbänder« »Ligamenta cardinalia uteri« zu nennen.

Was nun die Befürchtungen des Herrn Vorredners bezüglich der gänzlichen und ununterbrochenen Kompressibilität der breiten Mutterbänder betrifft, so kann ich sie für die hier vorgelegten Instrumente garantiren. Ich habe mich davon überzeugt.

Es kommt bei der Konstruktion der Zangen allerdings sehr darauf an, dass die greifenden Flächen derselben nicht etwa parallel laufen, sondern leicht konkav gebogen sind, so dass die Spitzen sich beim Schließen früher berühren, als die Mitte derselben. Die dadurch zwischen den Branchen entstehende ovale Spalt muss durch die Elasticität des Instrumentes gedeckt werden. Die von der Firma F. A. Eschbaum in Bonn gelieferten Instrumente, m. H., die Sie hier vor sich sehen, haben diese von mir vorgeschriebene Eigenschaft und fassen daher nach Kompression der Basis des Ligamentum latum, oder, wenn Sie für diesen Strang den von mir vorgeschlagenen Namen gelten lassen wollen, nach Kompression des Ligamentum cardinale, welches die Uterina etc. führt, gleich die Tuben mit der Spermatica interna und dann erst wird die dünne Mitte der Ligamenta lata vollkommen geklemmt.

Dass nun hierbei, wie auch meine soeben mitgetheilten Fälle beweisen, kein Schmerz entsteht, weil die Kompression eben mortificirend wirkt, und gleichzeitig die styptische Kompression der Klemmen jede auch noch so sorgfältige Unterbindung an Sicherheit überragt, so empfehle ich, die Klemmen nicht nur an den unteren Abschnitt der Ligamenta lata anzulegen, wie Herr Zweifel versuchen will, sondern gleich das ganze Ligament mit denselben zu fassen und kein Unterbindungsmaterial daneben zu benutzen.

Ferner empfehle ich die Klemmen nach 2mal 24 Stunden zu entfernen. Ich füge noch hinzu, dass Herr Prof. Trendelenburg, der meine Zangen in einem Fall anwandte, sich mir gegenüber sehr befriedigt über das gute Fassen derselben äußerte.

Eine Methode, die von so namhaften Chirurgen wie Pean, Richelot und Landau adoptirt wurde, muss wohl Vortheile irgend welcher Art besitzen. Ich gebe mich der Hoffnung hin, dass sie auch in Deutschland mehr und mehr gewürdigt werden wird, wozu es nach meiner Überzeugung genügt, einen Versuch mit derselben gemacht zu haben.

Es dürfte sich noch empfehlen, die Zangen mit einem Nägele'schen Schloss oder mit einem französischen Schraubenverschluss auszurüsten, um die einzelnen Branchen des Instrumentes leichter getrennt an die breiten Mutterbänder bei der vaginalen Totalexstirpation anlegen zu können, als es bei der vorliegenden Art des Verschlusses bereits möglich war. Diese Verbesserung würde der Schlusssicherheit keinen Abbruch thun und würde das Instrument auch für die intraperitoneale Klemmbehandlung eben so brauchbar lassen, wie das vorliegende, welches ein einfaches Zapfenschloss besitzt.

Der Operateur kontrollirt durch Einschieben der Zeige- und Mittelfinger die Applikation der Zangen und legt sie so nahe beim oder so weit vom Uterus an, wie er für gut findet.

Kasuistik.

6) M. Gördes (Berlin). Schwangerschaft und Neubildung.

(Aus der Festschrift der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft zum X. internationalen med. Kongress.)

G. theilt aus der Dr. A. Martin'schen Klinik 16 Fälle mit, in welchen Neubildungen bei bestehender Gravidität entfernt wurden.

1) Bei einer 39jährigen Pat. wurde im 3. Monat der Schwangerschaft ein linksseitiger Ovarialtumor entfernt. Weitere Schwangerschaft ohne Beschwerden, normale Geburt.

2) Eben so Entfernung eines linksseitigen Ovarialtumors im 2. Monat der Gravidität bei einer 21jährigen Pat. Heilung ohne Störung der Schwangerschaft.

3) Frau B., 27 Jahre. Cyst. ovar. dupl. Abort m. 2.—3. imminens. — Ovario-Salpingit. dupl. Heilung ohne Störung der Schwangerschaft.

4) Im 4. Falle wurde bei einer 29jährigen Primigravida, welche im 6. Monate wegen Uterusmyomen Hilfe suchte, die puerperale Auflösung der Tumoren erhofft und $2^1/_2$ Monate nach dem Kaiserschnitt erreicht.

Während in einzelnen Fällen von Myomen exspektativ verfahren wurde, ohne den Verlauf der Schwangerschaft zu stören, berichtet G.

5) von einer 41jährigen Igravida, wo nach Enukleation der Myome Abort eintrat.

6) Bei einer 43jährigen Igravida wurden gut gestielte subseröse Uterusmyome im 4. Graviditätsmonat entfernt. 6 Monate später leichte Entbindung bis auf manuelle Entfernung der Placenta.

7) Frau Z., 35 Jahre, Myoma subseros. ut. grav. m. V. Nephr. apostem. tuberc.-Enucl. myom. (20. Oktober 1886). 23. Oktober Abort. 24. Oktober Exitus.

8) Frau B., 40 Jahre, Igravida, Myomata subserosa et intramuralia uteri grav. m. IV. — Enucl. myom. duorum ohne Eröffnung des Cavum uteri 6. März 1881. — 10. März Abort, Collaps, Tod.

9) Frau B., 36 Jahre, Myomata subserosa et interstit. pariet. ant. uteri grav. m. III. Enucl. myomatum. Abort. Heilung.

In den beiden letzten Fällen wurde durch Enukleation wenigstens der größte Theil der Neubildung entfernt; in den beiden nächsten Fällen war dies nicht mehr möglich, es wurde der Uterus mitsammt dem Tumor abgetragen.

10) Frau D., 34 Jahre, Myom. uteri grav. m. VI. (Fötus abgestorben seit 4 Monaten) Amput. uteri supravag. Tod an Peritonitis haemorrh.

11) Frau W., 40 Jahre, Myomata interstitialia uteri grav. m. III—IV. Amp. uteri supravag. Exitus letalis.

12) Sehr günstig verlief dagegen folgender Fall; bei einer 37jährigen IIgravida wurden im 4. Monat der gravide Uterus mitsammt den intramuralen Myomen und Uterusanhängen durch Laparotomie entfernt.

13) Als maligner Netztumor und inoperabel erwies sich bei einer 38jährigen, im 4. Monat schwangeren Frau ein rechtsseitiger Ovarialtumor bei der Operation; später Abort, Besserung.

14) Hier hat die Incision eines intraligamentären Abscesses bei einer 27jährigen, im 5.—6. Monat Schwangeren rechtzeitige normale Geburt.

15) Bei einer 28jährigen IIIgravida, bei der früher eine Ovarialcyste entfernt war, zeigte sich im 3.—4. Monate ein kindskopfgroßer intraligamentärer Tumor, der mit dem gleichgroßen Uterus verwachsen war und daher mit ihm entfernt werden musste. Recht günstiger Verlauf.

16) Im letzten Falle wurde bei einer 22jährigen Frau im 3.—4. Monat der Schwangerschaft die rechte Niere wegen Hydronephrose entfernt. Günstiger Verlauf.

Von den 16 Fällen nahm also die Schwangerschaft 7mal normalen Verlauf, in 4 Fällen trat nach dem chirurgischen Eingriff spontan Abort ein, 5mal wurde durch denselben die Schwangerschaft künstlich beendet, einmal durch die Sectio caesarea, 4mal durch die Exstirpation resp. Amputation des Uterus. Letal endeten 4 Fälle. **K. Ruhemann** (Berlin).

7) **K. Frank** (Berlin). Beitrag zur Indikation der Exstirpatio uteri vaginalis.

(Aus der Festschrift der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft zum X. internationalen med. Kongress.)

F. berichtet über 10 Fälle von vaginaler Totalexstirpation des Uterus wegen Myomerkrankung und 7 Fälle von Prolapsus uteri et vaginae, in denen die Totalexstirpation der Kolporrhaphie vorausgeschickt wurde, und zum Schluss über 2 ganz atypische Fälle, in denen die Exstirpatio uteri das ultimum refugium war. Von den 10 Myomkranken sind 2 gestorben, die eine am Collaps, die andere an einer Bronchopneumonie, die sich 10 Tage nach der Operation entwickelt. Bei den übrigen 8, bei denen die Operation zum Theil sehr schwierig war, war der Erfolg ein günstiger, nachdem dieselbe durch die Vergeblichkeit der bisherigen Behandlung und die mit den Blutungen verbundenen schweren Folgezustände nöthig geworden war. Aus den 7 Prolapsoperationen ergiebt sich, dass theils der direkte Versuch gemacht worden war, ohne die Entfernung des Uterus den Prolaps zur Heilung zu bringen, theils die Unmöglichkeit einer Retention aus der Größe des prolabirten Uterus und der Verwachsung desselben von vorn herein gegeben war. In den 4 letzten Fällen ist nach dem Beispiel von Fritsch die Kolporrhaphie unmittelbar an die Exstirpation angeschlossen worden und zwar mit so gutem Erfolge, dass die Frauen nach glatter Rekonvalescenz völlig arbeitsfähig wurden. Die beiden letzten Fälle boten eine eigenartige Indikation zur Totalexstirpation, einmal die Perforation eines puerperalen Uterus bei der Entfernung eines Placentarpolypen, das andere Mal Pyometra; in dem letzteren Falle wurde die Infektion der Bauchhöhle zu vermeiden gesucht durch vorherige sorgfältige Reinigung des Cavum uteri und Verschluss des Collum. Beide Frauen sind genesen.

K. Ruhemann (Berlin).

8) **N. Flaischlen** (Berlin). Über Hyperemesis gravidarum.

(Aus der Festschrift der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft zum X. internationalen med. Kongress.)

Bei der noch immer unklaren Ätiologie über das perniciöse Erbrechen der Schwangeren verdient jeder kasuistische Beitrag Beachtung, zumal wenn derselbe zum Theil durch pathologisch-anatomische Befunde gestützt wird. Von den 5 berichteten Fällen entstammen 2 der eigenen Beobachtung, 3 der Praxis des Herrn P. Ruge. — In dem ersten Fall begann das Erbrechen wenige Wochen nach der Konception, nahm bald einen bedrohlichen Charakter an und brachte die Pat. bereits im 3. Monat in Lebensgefahr. Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft brachte das Erbrechen zum Schwinden, der Uterus enthielt Zwillinge. — Im 2. Falle bestand auch Zwillingsschwangerschaft neben Hydramnios. Im 7. Monat trat so heftiges Erbrechen ein, dass die Frau in 3 Wochen starb. In dem 1. Fall ließ sich an der Decidua Endometritis nachweisen, im zweiten Stenose des Darmes, welche einmal zu einer 7tägigen Koprostase geführt hatte. Auffallend ist in beiden Fällen eine für die Zeit der Gravidität übermäßige Ausdehnung des Uterus. — Im 3. Falle koncipirte Frau K. sofort nach der Hochzeit. Ende des 1. Graviditätsmonats stellte sich Erbrechen ein, welches die sonst blühende Frau bald herunterbrachte. Ernährung per rectum. Geringe Besserung des Erbrechens. Nach 10 Wochen Exitus im Collaps. Im 4. Fall trat das Erbrechen bei einer 25jährigen Erstgeschwängerten in den ersten Wochen auf. Hier führte der künstliche Abort rasche Genesung der sehr kollabirten Pat. herbei. Ein Jahr später ist Pat. von einem lebenden Kinde entbunden worden, ohne in der Schwangerschaft nennenswerthe Beschwerden gehabt zu haben. — Der letzte letal verlaufende Fall betrifft

eine IVpara, welche schon in der 3. Gravidität viel an Erbrechen gelitten. Das Erbrechen bestand seit den ersten Anfängen der Schwangerschaft, als der Uterus noch nicht vergrößert. Einen Monat später starb die Frau im Collaps wenige Stunden nach künstlicher Entleerung des Uterus. Bei der Sektion zeigten sich sämmtliche Organe ziemlich blutreich.

F. hält es für unwahrscheinlich, dass der rapide Kräfteverfall nur durch den Mangel an Nahrungsaufnahme bedingt ist, glaubt vielmehr, dass es sich beim Vomitus perniciosus gravidarum um eine tiefe Alteration des ganzen Nervensystems handle, speciell vielleicht um eine vom Uterus direkt ausgehende reflektorische Störung der Herzinnervation, eventuell um eine Ernährungsstörung des Herzmuskels, welche auch dann zum Collaps führen kann, wenn das Erbrechen nachlässt oder selbst schon aufgehört hat. **K. Ruhemann** (Berlin).

9) Skutsch. Zwei vaginale Totalexstirpationen.

Sitzungsbericht der med. naturwissenschaftl. Gesellschaft Sektion für Heilkunde in Jena vom 27. Februar 1890.

(Korrespondenzblatt des allgem. ärztl. Vereins von Thüringen 1890. No. 3.)

Im ersten Falle war die Operation von S. wegen Sarcoma uteri, im zweiten wegen Prolaps ausgeführt worden.

1) 33jährige Frau, 4mal geboren, zuletzt im 26. Jahre, $1^1/_2$ Jahr später in Jena wegen Blutung abgetastet, der damals konstatirte Tumor im Corpus uteri wurde entfernt, als er mittlerweile in die Scheide geboren war und sich gestielt hatte. Mikroskop. Diagnose: Sarkom. Im 30. Jahre vorgenommene Untersuchung ergiebt normal großen Uterus. Wohlbefinden bis vor $^1/_2$ Jahre, wo Menorrhagien von 14 Tagen Dauer sich einstellten.

Uterus war jetzt hart und vergrößert, wie etwa ein schwangerer Uterus in der 10. Woche, anteflektirt. Dilatation und Abtastung ergiebt wiederum einen breit aufsitzenden kugeligen Tumor der Vorderwand des Corpus uteri. Palliative Entfernung der Hauptmassen der Geschwulst; dieselbe ist nach 3 Wochen wieder erheblich nachgewachsen. Mit diesem malignen Verhalten in Einklang ergiebt die mikroskopische Diagnose wiederum Sarkom. Vaginale Totalexstirpation gelingt und Freund's Operation wird nicht nöthig trotz der Größe des Uterus. Zuerst Desinfektion auch des Cavum uteri. Tamponade mit Jodoformgaze und Vernähung des Os ext. uteri. Schnitt im vorderen Scheidengewölbe, Ablösung von der Blase, Eröffnung der Excavatio vesico-uterina. Dann Schnitt seitlich und hinten, Eröffnung des Douglas. Es gelingt weder den Fundus durch die vordere noch durch die hintere Öffnung hervorzuleiten, daher Abbindung zuerst der linken Adnexen in situ, Abtrennung derselben vom Uterus, dann Hervorziehen des Uterus und Unterbindung und Abtrennung auch der rechten. Vernähung der Wundränder und Jodoformgazedrainage.

Cavum uteri 11 cm, Dicke der sarkomatösen Wand 2 cm. Heilung ungestört.

2) 29jährige Frau, 1mal geboren vor 9 Jahren, 2mal abortirt vor 5 und vor $1^1/_2$ Jahren. Vorfall seit der 1. Geburt. Im 22. Jahre in klinischer Beobachtung wegen Prolaps und Extra-uterin-Schwangerschaft bei abgestorbener Frucht; Entleerung des Tumors per rectum und allmähliche Verkleinerung. Zurückbleibende para- und perimetritische Schwarten fixirten den Uterus tief im Becken.

Wieder aufgenommen im Frühjahr vorigen Jahres (im 28. Jahre), weil der Vorfall Pat. arbeitsunfähig machte. Colporrhaphia anterior et posterior c. Amputation post vaginalis durch Schultze. Recidiv kurz nach der Entlassung.

Am 24. Oktober 1889 wieder aufgenommen, klagt Pat. die alten Beschwerden Kreuzschmerzen, Vorfall etc. bis zur Arbeitsunfähigkeit. Befund wie früher abgesehen von den Colporrhaphienarben und einer Verkleinerung des Uterus (Cavum uteri 9 cm statt $13^1/_2$ cm). Außerdem fand sich jetzt links ein Ovarialtumor von 5 cm Durchmesser. Pessarbehandlung erfolglos. In Anbetracht der Erfolglosigkeit jeder anderweitigen Therapie und in Rücksicht auf den Ovarialtumor wird Totalexstirpation mit Resektion der Scheide nach Fritsch ausgeführt, Technik wie oben, nur dass je ein Dreieck aus der vorderen wie hinteren Wand der Scheide

(die Basis nach der Portio zu) mitentfernt und vor Vernähung der Wunde im Fornix der Tum. ov. sin. abgebunden und entfernt wird, Befreiung von sämmtlichen Beschwerden. Jedenfalls zwei seltenere Indikationen zur Totalexstirpation.

Ziegenspeck (München).

10) **Felsenreich** (Wien). **Totalexstirpation des Uterus per vaginam wegen Carcinom des ganzen Cervix — vorläufig 3 Monate ohne Recidiv.**

(Wiener med. Presse 1889. No. 25.)

Der vorliegende Fall hat ein besonderes Interesse, weil anscheinend gewöhnliche Schleimhautpolypen ohne bedeutenderen Cervicalkatarrh die Vorläufer eines Drüsencarcinoms bildeten. Die 47jährige schon kachektische Frau wurde vom Verf. nach der Martin'schen Methode operirt, und blieb nach sehr günstigem Heilverlaufe bis zur Zeit der Publikation vollständig gesund. In der Epikrise begründet F. seine Ansicht vom ursächlichen Zusammenhang zwischen den beiden Krankheiten, und schlägt vor, bei älteren Frauen auch in scheinbar harmlosen Fällen, wie der von ihm geschilderte einer war, die Excision der Polypen sammt einer größeren Partie der Cervikalschleimhaut auszuführen, und mikroskopisch die Gutartigkeit der Neubildung festzustellen. Ein sich einstellendes Recidiv würde nach dem heutigen Stande der Therapie als direkte Indikation für die sofortige Vornahme der Totalexstirpation des Uterus gelten müssen, für deren große Mehrzahl bei rechtzeitiger Vornahme wohl die Vagina der gewöhnliche Weg bleiben wird. Das von O. Zuckerkandl angegebene perineale Verfahren und noch mehr die sakrale Methode von Hochenegg und Herzfeld hält Verf. für gefährlich und aus mehreren Gründen nicht zu empfehlen. Dagegen hält er für die Entfernung von Carcinomen der hinteren Vaginalwand mit Verengerung des Vaginallumens das Zuckerkandl'sche Verfahren für sehr praktisch, da es das Erreichen der erkrankten Partie und die Blutstillung wesentlich erleichtert. Auch für die Exstirpation und Enukleation retro-uteriner Tumoren empfiehlt er das letztgenannte Verfahren.

v. Buschman (Wien).

11) **J. Wiesel** (Budapest). **Beitrag zur Ätiologie und Therapie des Vomitus gravidarum perniciosus.**

(Wiener med. Presse 1889. No. 29.)

Bei einer 20jährigen sonst sehr gesunden Erstgeschwängerten mit unstillbarem Erbrechen und äußerst hartnäckiger Obstruction machte Verf., nachdem alle bekannten Mittel im Stiche gelassen, methodische Eingießungen von warmer Kuhmilch mit etwas gelöstem Kochsalz (auf jeden Deciliter Milch 1 g Salz) in den Anus.

Nach Anfangs wechselndem Erfolge erholte sich die schon sehr herabgekommene Schwangere vollständig, und blieb die Verdauung in allen ihren Stadien ganz normal. Verf. legt den Hauptwerth seiner Behandlung in die durch das Salz behobene Obstipation, weil wiederholt einem ausgiebigen Stuhlgange sofort das Aufhören jeder Brechbewegung folgte. Erst wenn die Defäkation wieder mangelhaft wurde, trat Erbrechen bei vollem, dann später auch bei leerem Magen von Neuem auf, und dauerte so lange, bis durch vermehrte Milchsalzeingießungen ausgiebiger Stuhlgang erfolgt war. Verf. glaubt, dass in ähnlichen Fällen auf die Regelung der Darmthätigkeit viel zu wenig Werth gelegt werde.

v. Buschman (Wien).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS'N
NOV 26 1890

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 46. **Sonnabend, den 15. November.** **1890.**

Inhalt: I. **Walcher**, Tamponade der Bauchhöhle. — II. **Giglio**, Über den Übergang der mikroskopischen Organismen des Typhus von der Mutter zum Fötus. (Original-Mittheilungen.)

1) **Klein**, Elektrische Myombehandlung. — 2) **Eckerlein**, Athmung des Neugeborenen. — 3) **Hauer**, Luftembolie. — 4) **Poirier**, Lymphangitis.

5) Naturforscherversammlung zu Bremen (Gynäkologische Abtheilung).

6) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe zu New York. — 7) **Frommel**, Oberflächenpapillom. — 8) **Strassmann**, Influenza bei Neugeborenen. — 9) **Metzger**, Milzexstirpation. — 10) **Ruge**, Chirurgie der Nieren und des Pankreas. — 11) **Schauta**, Kastration bei Osteomalacie. — 12) **Münchmeyer**, Zangenentbindungen. — 13) **Neugebauer**, Spondylolisthesis. — 14) **Eisenhart**, Eihautriss. — 15) **Russ**, Kaiserschnitt. — 16) **Auvard**, Abortus. — 17) **Routier**, Hämatocele. — 18) **Audry**, Intra-uterine Tamponade.

I. Die Tamponade der Bauchhöhle.

Von
Dr. G. Walcher,
Direktor der königl. Landeshebammenschule Stuttgart.

Jeder operirende Frauenarzt weiß von einer Anzahl von Laparotomien zu berichten, wo eine in der Tiefe der Bauchhöhle auftretende Blutung den Anstoß zum unglücklichen Ausgang der Operation, oder doch mindestens zu großer Verzögerung der letzteren gegeben hat.

Nachdem wir wissen, dass gerade die Blutgerinnsel in der Bauchhöhle besonders leicht den Nährboden für Mikroorganismen abgeben, muss es unser erstes Bestreben sein, die Bauchhöhle unter thunlichster Schonung des Peritoneums möglichst von Blut zu befreien.

Eine Reihe von Autoren, in jüngster Zeit besonders Sänger, sind daher für die Drainage der Bauchhöhle eingetreten. Ich habe einen anderen Weg eingeschlagen:

Im Frühjahr 1889 habe ich mir eine Serie cylindrischer Glasröhren von 2,5—3 cm Lichtweite und 15—25 cm Länge anfertigen

lassen, welche oben und unten offen, einen glatt geschmolzenen Rand besitzen.

In 7 Fällen schwerer Blutung aus der Tiefe der Beckenhöhle: (4 Fälle nach Loslösung alter, reich vaskularisirter Peritonealadhäsionen bei Geschwülsten, 3 Fälle ähnlicher Art bei Extra-uterin-Schwangerschaften) habe ich die Blutung, ohne mich mit Unterbindungen aufzuhalten, direkt durch Tamponade bezw. durch Aufdrücken eines Jodoformgazeverbands auf die Peritonealwunde, gestillt. Die Technik der Anlegung ist eine sehr einfache.

Die ganze Serie der Glasröhren 6 an der Zahl ist vor der Operation in einem Gefäß auf Watte liegend ausgekocht worden. Je nach Bedarf (in 6 Fällen verwandte ich die gleiche Röhre von 2,5 cm Lichtweite und 20 cm Länge) senkt man eine Röhre gegen die blutende Stelle und stopft durch dieselbe einen ca. 5 cm breiten endlosen Jodoformgazestreifen, der sich unter dem in der Bauchhöhle liegenden Ende pilzartig hervorquellend über der blutenden Stelle ausbreitet. In einem Fall war der in der Bauchhöhle so liegende Verband über faustgroß.

Das Ende des Gazestreifens bleibt im Rohr liegen. Das Rohr, mit einem Wattepfropf geschlossen, wird gegen die blutende Stelle fest angedrückt und während der Schließung der Bauchdecken von einem Assistenten angedrückt erhalten.

In allen Fällen kam das Rohr in das untere Drittel der Bauchhöhle zu liegen, darüber und darunter wurde die Bauchwunde exakt vereinigt, die Wunde dann mit der von mir seiner Zeit angegebenen und jetzt vielfach im Gebrauch befindlichen Holzwatte bedeckt, das Rohr mittels der Gazebinde gegen die blutende Stelle fixirt.

Am 2. Tage wurde der Gazetampon nach leichtem Zurückziehen des Rohres entfernt. Mittels des Stirnspiegels konnte der Grund der Wunde genau übersehen werden. Da es in 2 Fällen nach Entfernung des Tampons von Neuem blutete, wurde auch von Neuem tamponirt und erst am 3. oder 4. Tage die Röhre aus der Bauchhöhle entfernt. Durch 2 oder 3 die Dicke der Bauchwand durchdringende, das Peritoneum eben noch mitfassende Nähte gelang es stets die elliptisch klaffende Wunde vollends exakt zu schließen.

Am 9. Tage, bei Entfernung der Nähte, war merkwürdigerweise der nachher genähte Theil der Wundlinie jeweils eben so schön geheilt, wie der unmittelbar nach der Operation genähte.

Von den 7 Fällen, die zu den schwierigsten Laparotomien gehören, ist keiner gestorben. Alle konnten am 21. Tage nach der Operation entlassen werden.

Es ist uns mit Einführung der Tamponade der Bauchhöhle möglich, manchen Fall ruhig zu operiren, den man früher als Probeincision behandelt hat. In wie weit z. B. die Operation ausgetragener Extra-uterin-Schwangerschaften durch die Möglichkeit der einfachen und exakten Blutstillung beeinflusst werden wird, dürfte uns die Zukunft lehren.

Eines Nachtheils der Methode möchte ich noch gedenken: dass nämlich in Folge der Kompression durch die Tamponade keine Flatus abgehen können. Dieser Nachtheil ist aber sehr gering und nur 2 der Pat. haben sich am 2. Tage darüber beklagt.

II. Über den Übergang der mikroskopischen Organismen des Typhus von der Mutter zum Fötus.

Von

Dr. **Joseph Giglio** (Palermo).

Bis jetzt sind noch sehr wenige Arbeiten über die wichtige Frage des Überganges der mikroskopischen Organismen des Typhus von der Mutter zum Fötus veröffentlicht worden, und diesen wenigen ist, trotz der Bedeutung der Verf., keine Beweiskraft beigemessen worden, entweder aus Mangel an Details, oder auch wegen ungenügender Kontrollexperimente. Eberth vor Allen hat Einspruch erhoben gegen die von Reher, Neuhaus, Chantemesse und Vidal gemachten Experimente, welche die Anwesenheit von Typhusbakterien in dem Blut der von typhösen Müttern herrührenden Föten beweisen sollten. Eberth meint, dass zwischen den Typhusbakterien und den Fäulnisbakterien eine Konfusion entstanden sei.

Jedoch in einer seiner neueren Schriften vom 1. Juni 1889[1], worin er die von ihm wiederholten Experimente über frische Föten typhuskranker Frauen beschreibt, erkennt er die Wahrheit der Beobachtung an, unterlässt jedoch nicht, die vielfältigen Ursachen von Irrthümern, in welche man gerathen kann, zu besprechen.

Die Verwandtschaft des Bacillentyphus mit dem Scheintyphus ist auch wirklich in den morphologischen und biologischen Charakteren so intim, dass man sich, um sie zu unterscheiden, nach den geringsten Verschiedenheiten, welche dieselben im Kulturgebiete darbieten, richten muss.

Die Bedeutung der Beobachtung und der unter den Experimentirenden entstandene Zwist brachten mich auf den Gedanken, die Arbeit zu wiederholen, da ich in einem klinischen Falle, der mir in meiner Privatpraxis vorgekommen ist, die Gelegenheit gehabt habe, das Experimentirmaterial zu entnehmen. Bevor ich jedoch in Details eingehe, möchte ich nochmals die Litteratur erwähnen, welche dazu beitrug, mich zu dieser Arbeit zu veranlassen.

Hueppe[2] hat mehrere mikroskopische Organismen bacillärer Form studirt, welche morphologische und beinahe identische biologische Charaktere darstellten, und die er in eine einzige Gruppe vereinigt hat; Chantemesse und Vidal haben andere mikroskopische Organismen vom Abgang Typhuskranker abgesondert[3], welche, obgleich im Allgemeinen dem Bacillentypus ähnlich, dennoch einigen Unterschied in der Kultur an Kartoffeln zeigten.

---

[1] Centralblatt für die med. Wissensch. 1889. Juni 1.

[2] Zur Ätiologie der Cholerine. Berliner klin. Wochenschrift 1887.

[3] Recherches sur le bacille typhique et l'étiologie de la fièvre typhoide. Würzburg 1888.

Viele Andere wie Riedlin, Karlinski, Grancher, Deschamps, Fränkel, Simmonds, Faber, Baumgarten, Gaffki[4], Pfeiffer[5] etc., haben bacilläre Formen mikroskopischer Organismen beschrieben, welche sehr viele Ähnlichkeit mit jenen des Tyhus hatten, und die sich durch verschiedenes Verhalten in den farbigen Kulturen zu erkennen gaben.

Aus diesen Arbeiten ersieht man die Nothwendigkeit, zwei deutlich getrennte Ordnungen zu bilden, und in der einen das wahre Bacill des Typhus, oder Bacill von Eberth, in der anderen hingegen die Gruppe der sieben Bacille, auch Scheintyphus genannt, unterzubringen.

Die oben erwähnten Beschaffenheiten und andere noch einleuchtendere, der Arbeit Santori's entnommen[6], welche mir Prof. Celli gefälligst zukommen ließ, in dessen Kabinett dieselbe ausgearbeitet wurde, sind mir ein ziemlich sicherer Wegweiser gewesen, um allen Anforderungen Eberth's genügen zu können.

Frau L. V. von Palermo hatte ungefähr im 3. Monat ihrer Schwangerschaft unter dem Einfluss eines typhusartigen Infektionsfiebers, von dem sie schon seit einem Monate befallen war, und das auch nach dem Abort anhielt, eine Frühgeburt ohne äußere Veranlassung.

Die Schwangerschaft war von Anorexia, Ptyalismus und hartnäckigem Erbrechen begleitet. Nach Verlauf eines Monats war Fieber eingetreten, welches zwischen 38,5° und 40,5° schwankte. Eine geringe Anschwellung der Milz abgerechnet, die von Meteorismus und Verstopfung begleitet war, zeigte sich nie die geringste Lokalisation.

In demselben Stadttheil und in dem nämlichen Hause, erkrankten auch andere Frauen an dem gleichen Infektionsfieber.

Im 3. Monat der Schwangerschaft, ungefähr 31 Tage nach Beginn des Fiebers, zeigte sich langsamer Blutabgang aus den Genitalien, der, trotz der dagegen angewandten Mittel, noch 15 Tage lang fortdauerte, worauf dann der Abort erfolgte.

Es wurde der ganze Embryo sofort in absoluten Alkohol gelegt.

Der Fötus befand sich in dem besten Zustande und zeigte keine Spur von Fäulnis; die Placenta war scheinbar normal.

Nachdem ich den kleinen Fötus mit sterilisirten Instrumenten zerschnitten hatte, fand ich nichts, was mir makroskopisch aufgefallen wäre. Sodann entnahm ich ihm einige Theile von Leber, Milz und Eingeweiden, die ich in eine sterilisirte, Gelatine enthaltende Röhre legte, und dieselbe in einem hölzernen Ofen bei einer beständigen Temperatur von 38° erhielt. Dasselbe that ich mit dem Blute des Fötus, das, mit dem Mikroskop untersucht, keine Anwesenheit von mikroskopischen Organismen verrieth.

Die auf diese Weise gemachten Kulturen trübten sich am 2. Tage und aus dem ersten mikroskopischen Examen ergab sich, dass sich in der Kultur des Blutes ein kurzes, dickes Bacill, in der Form eines am Rande abgerundeten Biskuits gebildet hatte, das ungefähr 2—3 μ lang, und ein Drittel davon dick war (Vergrößerung von 800 d); in der Kultur der Eingeweide hingegen, obschon das Bacill die anderen Charaktere beibehielt, war es zweimal so lang und auch ein wenig dicker; beide färbten sich beinahe gleichmäßig mit Fuchsin und Bleu mitilene; einige waren im Centrum, woselbst die Farbe schwächer war, auch etwas durchsichtiger.

In der Kultur der Eingeweide zeigten sie sich zu drei und vier in Reihen vereinigt, oder zu kleinen Gruppen aufgehäuft.

Da ich vollkommen reine Kulturen erreichen wollte, so machte ich flache Kulturen in Gelatine auf Glasscheiben in der feuchten Kammer. Die so erreichte Absonderung der Kolonien gelang mir, da die Kolonien in den ersten Tagen selten waren, und man sie sofort unterscheiden konnte.

---

[4] Vedil etteratura riportata dal Santori nel lavoro — Su di alcuni microorganismi somiglianti a quelli del tifo. — Estratto dagli Annali della R. Accademia Medica. Roma an. 16, vol. 4, ser. seconda 1889.

[5] Ziemssen, vol. 1, part 2, p. 150.

[6] loc. cit.

Sie zeigten sich nach 4 Tagen und erwiesen sich dann als spitzförmig, abgerundet und von weißlicher Farbe; ihre Entwicklung ging langsam von statten; im Verlauf von 6 Tagen wuchsen sie zu Kolonien in der Größe von 45 mm im Durchmesser; sie waren flach, am Rande ein wenig gezackt, und an dem etwas gelblichen Rande dünner.

Von hier aus übertrug ich sie in Provetten, die dichte, dreimal im Wasserdampf sterilisirte Gelatine enthielten, und vermittels Strömung in die schräggeronnene Gelatine.

Am zweiten Tag der Einimpfung hatte sich der, mittels einer Nadel hervorgebrachte Strich durch Entwicklung äußerst kleiner Kolonien, die ihn umgaben und eine Art Überzug bildeten, getrübt.

In der schräggeronnenen Gelatine hatten sich die Kolonien in Form kleiner Pünktchen seitwärts des durch die Nadel hervorgebrachten Striches angehäuft und eine Art Bändchen gebildet, das an einigen Punkten wegen üppiger Entwicklung der Kolonien gezackt war.

Während sie sich in den Infissionskulturen mehr in der Tiefe, als an der Oberfläche entwickelten, entwickelten sie sich in der schrägen Kultur hingegen mehr an der Oberfläche, erhoben sich jedoch nur in Fraktionen einige Millimeter von derselben. In der ersteren hatte sich nach Verlauf von 2 Wochen an der freien Oberfläche ein gelblichweißlicher, strahlförmiger Flecken gebildet, dessen unregelmäßige Ränder zweischichtig auf einander lagen, dieser Flecken bildete mit dem Striche eine Art Nägelchen, das eine nach unten geschärfte Spitze hatte, und dessen Kopf an der Oberfläche frei war. In der zweiten hatte sich, wie bereits erwähnt, eine Art Band gebildet. Dem äußeren Ansehen und der Farbe nach waren beide ganz gleich; die Gelatine schmolz ein.

Aus diesen Kulturen übertrug ich sie in Agar und in einfache Fleischbrühe.

Im Agar schienen sich die Kolonien an der Oberfläche entwickeln zu wollen, indem sich eine Art weißliches Häutchen bildete; in der Fleischbrühe bildete sich durch Gerinnen nach 2 oder 3 Tagen ein milchartiges, schleimiges Flöckchen.

Die aus dem Blute und den Eingeweiden des Fötus erhaltenen Kulturen wiesen keinen beachtungswürdigen Unterschied auf, wesshalb ich sie auch nicht eingehend beschreibe.

Um jedoch jeden möglichen Irrthum zu vermeiden, wollte ich Vergleichskulturen zwischen dem Bacill des ileo-abdominalen Typhus[7] und dem Bacill des Fötus, welch letsteres ich durch die verschiedenen bekannten Mittel wie: einfache und gefärbte Gelatine, einfache und gefärbte Fleischbrühe, Milch und Kartoffeln erhalten hatte, herstellen.

Zu den farbigen Kulturen wurde Bleu mitilene im Verhältnis von 1 ccm farbiger Lösung zu 6 ccm von Kulturflüssigkeit angewandt.

Die Resultate waren folgende:

In der einfachen Gelatine trübten sich die Kulturen des Bacills des menschlichen Aborts und jene des abdominalen Typhus gleichmäßig nach 24 Stunden und machten auch gleichmäßige Fortschritte; nach 4 Tagen jedoch unterschied sich ihr Äußeres dadurch, dass erstere an der freien Oberfläche einen abgerundeten, gesackten Flecken zeigte, von 5 mm bis zu 3 mm im Durchmesser, der weißlich und etwas dicht war, und über dem sich ein anderes Fleckchen erhob; dieses war fleischig, gelblich und unregelmäßig und von ungefähr 2 mm im Durchmesser; während die zweite, d. h. die Vergleichskultur, an der freien Oberfläche einen schmutzig weißlichen, beinahe gleichförmigen und etwas dichten Flecken zeigte, von ungefähr 3 mm im Durchmesser; im Centrum war er dichter als im Umkreis, der Übergang der Infission wegen der Entwicklung der Kolonien körnig.

Die mikroskopische Besichtigung der ersteren erwies biskuitförmige, dicke Bacillen, die länger oder kürzer waren, und freie Sporulen; in der Vergleichskultur hingegen befanden sich lange Bacillen, die jedoch dünner als die vorhergehenden waren, und Fasern.

---

[7] Die Kultur war von Dr. de Blasi, Direktor des antirabbischen Institutes in Palermo neu aus dem Blute eines Typhuskranken bereitet worden.

In der farbigen Gelatine hatte die Kultur des menschlichen Aborts nach 24 Stunden eine gleichförmige Färbung angenommen, die etwas grünlicher als jene des abdominalen Typhus war; jedoch nach Verlauf von weiteren 5 Tagen, in denen ich beide beobachtete, zeigten sie keine ferneren Farbenveränderungen.

Bei mikroskopischer Besichtigung bemerkte ich in der Kultur des Aborts lange, biskuitförmige Bacillen, von denen einige zu Gruppen vereint, andere zu zwei und dreien in Reihe gestellt waren: in der Vergleichskultur hingegen befanden sich lange Bacillen und gleichmäßig gefärbte Fasern.

In der ungefärbten Fleischbrühe trübten sich beide Kulturen nach 24 Stunden, und nach 5 Tagen hatte sich in beiden das büschelförmige Präcipitat geformt.

In der farbigen Fleischbrühe konnte ich auch nach Verlauf eines Monats nicht den geringsten Unterschied bemerken. Die mikroskopischen Besichtigungen zeigten in der Kultur des Aborts dicke und kurze Bacillen, und in jener des Vergleichs lange Bacillen und Fasern.

In der Milch, die im Wasserdampf sterilisirt war, zeigten die Kulturen beider Typen nicht die geringste Modifikation. Nach 4 Tagen jedoch wurde der schaumige Ring, der sich während der Sterilisation an der Oberfläche der Röhren angesammelt hatte, dünner, und nach 5 Tagen verwandelte er sich in ein Häutchen, so dass sich, wenn man die Röhre senkte, eine wässerige Flüssigkeit daraus ergoss. Natürlicherweise hatte sich die Trennung des wässerigen Theiles von dem Kaseïn durch den Einfluss der Kulturentwicklung vollzogen. Als ich nach einem Monate die Röhren betrachtete, war der flüssige Theil der Milch von den Kulturen selbst eingesaugt worden, und der Rest davon hatte an der freien Oberfläche ein etwas grünliches äußeres Ansehen angenommen, während er sich unten bläulichweiß erhielt.

Zwischen den Abortkulturen und denen des Vergleichs wurden nur unbedeutende Differenzen wahrgenommen.

Bei mikroskopischer Beobachtung zeigten sich die gewöhnlichen bacillaren Typen, die ich zuvor angegeben habe.

Auf den Kartoffeln verhielten sich die Einimpfungen folgendermaßen:

Nachdem ich eine Platinnadel an der Lampe sterilisirt hatte, tauchte ich sie in eine Kultur von Fleischbrühe des menschlichen Aborts, und streifte sie dann an der freien Oberfläche der Kartoffel mehrmals ab. Auf dieselbe Weise impfte ich das Vergleichsbacill in andere Kartoffeln ein, die auf die nämliche Art zubereitet waren. In den ersten 3 Tagen waren keine makroskopischen Neuigkeiten zu bemerken. Nach dem 4. Tage, während sich in 2 Röhren das Äußere der Kartoffeln nicht verändert hatte, hatte sich in den anderen an der Oberfläche ein weißliches Häutchen gebildet, welches sich in den darauffolgenden Tagen langsam gegen die Seitentheile ausbreitete, während der Rest der Kartoffel ein gelbbraunes Ansehen annahm.

Die 2 Röhren, in denen sich die Kartoffeln nicht verändert hatten, gehörten die eine der Kultur des Aborts, die andere jener des Typhus an; die anderen Röhren gehörten ebenfalls der einen oder der anderen Kultur an, und musste ich sie daher in ihrer ferneren Entwicklung beobachten, um zu erfahren, wovon die äußerliche Veränderung abhing.

Nachdem ich nach 15 Tagen die Röhren aufs Neue besah, hatten diejenigen Kartoffeln, an denen die Kultur sichtbar geworden war, eine schieferschwarze Farbe angenommen, waren größtentheils von einer gräulichweißen Substanz bekleidet und sehr trocken, ja geradezu dürr geworden, so dass ich sie in destillirtem Wasser befeuchten musste, um mikroskopische Präparate zu erhalten.

Diejenigen Kartoffeln, die makroskopisch keine Kulturentwicklung zeigten, erwiesen nur an der Oberfläche da, wo die Nadel durchgedrungen war, glänzende Furchen.

Nachdem die respektiven Präparate gemacht und in verschiedenen Epochen wiederholt worden waren, bemerkte ich, dass in der Kultur des abdominalen

Typhus sich auf der ungefärbten Kartoffel schiffförmige Bacillen, so wie stäbchenförmige Bacillen mit Sporulen, und freie Sporulen gebildet hatten; in der Kultur, die derjenigen des menschlichen Fötus gleicht, fand ich hingegen stäbchenförmige Bacillen, die viel dicker und länger als die vorhergenannten waren und sich wie einige Fasern gleichmäßig färbten.

In den anderen Röhren, in denen sich die Kartoffeln mit fleischiger Kultur bedeckt hatten, fand ich ein kurzes Bacill, das dünner war als die in den vorigen Kartoffeln und sich nur am Rande und an den Extremen mit Fuchsin färbte, während es in der Mitte nur wenig Farbe annahm und die Lichtstrahlen brach; außer dem Bacill zeigten sich noch eine Menge Sporulen.

Bakterioskopische Untersuchung des Fötus und der Placenta.

Bei der Sektion des kleinen Fötus hatte ich keine makroskopischen Alterationen gefunden; die Leber und die Milz waren nicht vergrößert, in der Masse der Eingeweide existirten weder Geschwülste noch Geschwüre; im Mesenterium war nichts Unnormales zu bemerken.

Die Placenta jedoch wies zerstreute Apoplexien auf; die größten Herde fanden sich am Rande derselben vor.

Die aus den Eingeweiden des kleinen Fötus mit verschiedenen Farbensystemen (Fuchsin, Violett metile, Doppelfärbungen von Bleu mitilene und Karmin) gemachten mikroskopischen Präparate, haben mir negative Resultate ergeben; die Resultate der Placenta hingegen waren anderer Art.

Nachdem sich die Placenta in absolutem Alkohol nach 48 Stunden erhärtet hatte, machte ich mit der freien Hand und mit dem Mikrotom Schnitte, nach Einschluss in Celloidine. Nachdem ich sie bei Vergrößerung von 700 d, und bei Vergrößerung von 1500 d bei imm. omog. mit obj. 1/12 Zeiss betrachtet hatte, bemerkte ich, dass das mehr oder weniger lange, von mir in den Kulturen beschriebene Biskuitbacill, in sehr wenigen Präparaten sich in den intervillösen Räumen inmitten der Blutkügelchen, die diesen Raum anfüllten, vorfand (Placentagefäße). An einigen Stellen des Präparats war das Bacill so dick und kurz, dass man es mit einem Coccus hätte verwechseln können, und ich glaube, dass das oft davon herkommt, weil der Gegenstand nicht in seiner ganzen Länge, sondern nur von einer der Extremitäten oder einfach nur theilweise gesehen wird. Das Bacill, das man unter den Blutkügelchen in den Placentagefäßen bemerkt, schien je nach seiner Position im Centrum mehr oder weniger durchsichtiger zu sein und brach auch mehr oder weniger die Lichtstrahlen.

Diese meine Bemerkung, einzeln gemacht, würde von geringem Werthe gewesen sein, wesshalb ich mich bemühte, andere 10 abortive Placenten von typhuskranken Müttern zu suchen, indem ich Vergleichspräparate machte.

In keiner von diesen konnte ich bacilläre Formen wahrnehmen, trotzdem einige dieser Placenten schon anfingen in Fäulnis überzugehen, in manchen konnte ich in den villi und in den Lücken Kolonien von Kokken bemerken.

Nach all den gemachten Versuchen und der genauen Prüfung, der ich meinen Fall unterzog, angenommen, dass die von einander verschiedenen Charaktere der ileo-typhösen Bacillen des Menschen und diejenigen des Scheintyphus ausdauernd seien, bin ich im Stande, das von mir dem menschlichen Abort entnommene Bacill und jenes von Eberth beschriebene des Typhus identificiren zu können.

Zu den in manchen Kulturen bemerkten kleinen Differenzen übergehend, welche das Ganze des Resultats nicht schwächen können, kann ich behaupten, dass sich in beiden Kulturanordnungen so ziemlich die nämlichen Bacillformen wiederholten, und die Verschiedenheit der Figuren des Bacills, das sich einmal mehr oder weniger lang und kurz, ein anderes Mál schiffförmig oder faserig präsentirte, mit und ohne Erzeugung von Sporulen oder Lücken, hängt von der Natur des Mittels ab, in der sie ausgebildet wurden, so wie von der längeren oder kürzeren Dauer der Kultur.

Mein Bacill, wie dasjenige Eberth's, hatte nicht die Schmelzung der Gelatine zur Folge, es entwickelten sich keine gasartigen Blasen, erzeugte an der Kartoffel keine fleischige Kultur, entfärbte nicht die farbigen Kulturen, zeigte im fallenden Tropfen lebhafte Bewegungen und muss folglich das wahre Bacill des Typhus sein.

Seine Anwesenheit in dem placentaren Gewebe und in den Blutgefäßen ist nur ein zweiter Beweis dafür, da sich in dem kreisförmig placentaren Strom nur von der Mutter herrührende Keime befinden können.

Es ist nicht annehmbar, dass dieselben vielleicht Fäulniskörper seien, da sie sich sonst auch in den oberflächlichen Teilen der Gewebe vorgefunden hätten.

Nachdem die Anwesenheit des Bacills in den Kulturen und in dem Blute der Placenta festgestellt ist, da der Fötus in dem intra-uterinen Leben nur von dem Blute der Mutter lebt, ist bemerkenswerth, dass diese von der typhösen Ansteckung der Mutter hergerührt haben muss.

Würde man den Mangel makroskopischer und mikroskopischer Alterationen an den Eingeweiden des Fötus beachten wollen, so entstünde gegen meine Angaben ein Hindernis; die makroskopischen Alterationen fehlten in unserem Falle, weil die Eingangsthüre des Bacills nicht aus dem einathmenden, verdauenden Apparat, sondern aus der Blutcirkulation gebildet war; die mikroskopischen Entdeckungen mangelten, weil man nicht immer so begünstigt ist, die Bacillenformen in den Geweben erkennen zu können; im Übrigen hatten wir ja die Proben in den Kulturen.

Trotzdem ich durch obige Darstellung mein Argument genügend bewiesen hätte, so wollte ich dennoch die Gegenprobe durch Experimente an Thieren herstellen.

In dieser Absicht impfte ich Kaninchen und Meerschweinchen, einige mit dem von mir abgesonderten Bacill, andere mit jenem des Ileo-Typhus ein. Die Einimpfungen vollzog ich an der Höhlung des Bauchfelles und in dem Blute, um zu wissen, ob sie pathogene Wirkung hätten; an der Hornhaut und an der äußeren Augenkammer, um die pyogene Wirkung zu sehen, und an schwangeren Thieren, um zu sehen, wie sehr es der Entwicklung der Schwangerschaft schade.

Kurz, da ich zum Schlusse wissen wollte, ob es nach verschiedenen Übergängen auf Thiere die gleiche Wirkung beibehalten würde, so impfte ich andere Thiere aufs Neue mit dem abgesonderten Bacill, das ich durch die absichtlich herbeigeführten Aborte der Meerschweinchen erhalten hatte.

Da auch diese Experimente, die hier in extenso anzuführen zu viel Raum beanspruchen würde, positive Resultate ergaben, so komme ich zu dem Schlusse, dass der von mir gezüchtete Bacillus der echte Typhusbacillus ist. Eine Verwechslung mit Saprophyten ist ausgeschlossen.

---

1) **Klein** (Würzburg). Wirkung des konstanten Stromes auf Myome.

(Zeitschrift für Gebutshilfe und Gynäkologie Bd. XIX. Hft. 1.)

Von dem nicht allgemein gültigen Satze ausgehend, dass der konstante Strom verkleinernd auf Myome wirkt, hat Verf. experimentell an frisch ausgeschnittenen Myomen hierfür eine Erklärung zu schaffen gesucht. Ob derart erlangte Resultate für eine Theorie der Galvanisation der Myome verwendbar sind, möchte Ref. bezweifeln, denn einmal handelt es sich an der Lebenden um Gewebe,

das von Blut und Lymphe durchströmt ist, und dann zumeist um Überwindung ganz anderer Widerstände, als in den angestellten Versuchen vorhanden sein konnten. Die Wirkung tritt als Ätzung, elektrolytische Zerlegung, Temperatursteigerung, Gefäßveränderung bezw. Zerstörung und Kontraktion bezw. Erschlaffung der Muskelfasern ein. Die chemische Wirkung ist bereits bekannt, und auch als Ätzung der Scheide in praxi genug beobachtet; eben so hat man in dem knisternden Geräusch, welches durch die entstehenden Gasblasen bei der Einführung der Kugelelektrode in die Scheide verursacht wird, schon die elektrolytische Wirkung beobachtet. Die Temperatursteigerung war bei diesen Vorgängen vorauszusehen, aber eine Formel dafür aufzustellen, ist nur am todten Myom möglich, am blutdurchströmten nicht. Ob die elektrische Therapie »in Bezug auf Dosis und Wirkung viel genauerer Berechnung zugänglich ist, als chemische Kaustika, Ferrum candens etc.«, wie K. annimmt, erscheint mehr als fraglich, wenn man bedenkt, dass z. B. dieselbe Stromstärke bei der einen Person schon nach der ersten Sitzung Ätzung verursachen, während eine andere sie wochenlang ohne Spuren einer solchen verträgt. — Auf angestochene Blutgefäße soll der Strom so wirken, dass er das Blut daraus verdrängt, sie mit Gas füllt und sie dann unwegsam macht. Wenn das bei Lebenden der Fall wäre, so müsste man die Galvanopunktur der Myome aus Furcht vor einer Luftembolie wohl ganz aufgeben. Nach K. sollte man aber die Galvanopunktur mit der Anode besonders anwenden, da eine interpolare Wirkung bei der Behandlung mit kugelförmiger Elektrode von der Scheide aus nach seinen Versuchen am ausgeschnittenen Myom nicht zu erwarten ist. Submuköse Myome mit intra-uterinen Sonden verkleinern zu wollen hält er für gefährlich, da das Myom nach Zerstörung der Schleimhaut bloßgelegt wird und nekrotisch resp. brandig werden kann. **Carlo** (Göttingen).

---

2) **Eckerlein** (Königsberg). Zur Kenntnis des Athmungsmechanismus der Neugeborenen.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIX. Hft. 1.)

Ein längerer historischer Überblick leitet die Arbeit ein, dann behandelt Verf. die Frage anatomisch und physiologisch. Die Form des Thorax wird durch einen von Dohrn angegebenen Apparat gezeichnet. Aus einer großen Zahl von Messungen ergab sich für den Thoraxumfang, mit dem Bandmaß bestimmt, 32,4 cm, für den queren Durchmesser — 4 cm unterhalb der Achselhöhle mittels Tasterzirkel gemessen — 9,8 cm, für den geraden Durchmesser 8,7 cm. Es zeigt sich, dass der Thorax des Erwachsenen wesentlich flacher ist als der des Neugeborenen. Der Thoraxumfang nimmt am 2. Tage zu, fällt am 3. unter den Anfangswerth und steigt dann wieder vom 4. Tage an. Die beiden Durchmesser nehmen bis zum 3. Tage ab

und steigen am 4. Tage wieder an. Die Abnahme des Körperfettes ist für die Abnahme Ursache, für die Zunahme am 2. Tage wird die allmähliche Entfaltung der Lungen herangezogen. — Das Durchschnittsvolum einer aufgeblähten Lunge eines Todgeborenen betrug 102 ccm, das der dabei aufgenommenen Luft 51 cm. (Nebenbei wird der negative Druck im Thoraxraum durch Einstoßen eines Trokar dahin bestimmt, dass ca. 14 ccm Luft aspirirt wurden.)

Die Beschreibung der sichtbaren Veränderungen des Körpers bei der Athmung ist so genau abgefasst, dass ich auf das Original verweisen muss. — Die Athmung ist der Stärke und dem Rhythmus nach sehr unregelmäßig, vorwiegend thorakal, aber immer zugleich abdominal. Die Bewegungskurven, durch die Marey'sche Trommel aufgenommen, sind für die abdominale Athmung einfacher, für die Brustbewegung komplicirter: Es arbeitet also das Zwerchfell mehr gleichmäßig, die Brustmuskeln ungleichmäßig. Die thorakale Athmung scheint der abdominalen etwas voranzugehen, wie gleichzeitig aufgenommene Kurven ergeben. Die Größe des Luftwechsels wurde durch ein besonderes, aufzeichnendes Spirometer bestimmt. Vom 1. zum 2. Tage ist eine starke Volumzunahme zu verzeichnen: 1300 ccm mehr in der Minute bei tiefer, 700 ccm mehr bei ruhiger Athmung. — Die Vitalkapacitäten stehen in Bezug auf das Körpergewicht in gleichem Verhältnis bei Erwachsenen und Neugeborenen, während der Luftwechsel des Neugeborenen bei ruhiger Athmung doppelt so groß ist als der des Erwachsenen. Übrigens sei nochmals auf das Original verwiesen, da die prägnante Fassung der Arbeit eine kurze Wiedergabe nicht ermöglicht. **Carlo** (Göttingen).

---

3) **Hauer.** Über die Erscheinungen im großen und kleinen Kreislauf bei Luftembolie.

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. XI. Hft. 2 u. 3. 1890.)

Über das Eindringen von Luft in das Gefäßsystem (ein auch von den Gynäkologen gefürchtetes, wenn auch glücklicherweise nicht immer zum Tode führendes Ereignis) hat Verf. experimentelle Versuche im Prager pathol. Institut derart angestellt, dass er erstens, um die plötzlichen Todesfälle bei spontaner Luftaspiration, so wie bei Tödtung von Versuchsthieren mittels künstlich erzeugter Luftembolie nachzuahmen, rasch größere Mengen von Luft in die Vene einblies und zweitens kleinere gemessene Mengen von Luft in kürzeren oder längeren Pausen unter sehr geringem Druck in die Vene injicirte. In der ersten Versuchsreihe ergab sich als Regel ein jähes Absinken des Blutdruckes bis nahe auf die Nulllinie und Verschwinden der Pulswelle im großen, bei Eintritt einer jähen, erheblichen Drucksteigerung unter Fortbestand der Pulse im kleinen Kreislauf. Verf. nimmt an, dass die ins rechte Herz eingedrungene Luft in den kleinen Kreislauf gelangt und in diesem embolisirend

wirkt. Von der Schnelligkeit und Ausdehnung dieser Embolisirung wird es abhängen, ob die Blutzufuhr zum linken Herzen und die Blutbewegung im großen Kreislauf plötzlich erlischt oder nicht. Selbst wenn die Blutbewegung in diesem nur ungenügend wird, muss dieselbe wegen der unzureichenden Speisung der Kranzarterien des Herzens und des hierdurch bedingten Erlahmens desselben, allmählich ganz erlöschen. In Folge der Embolisirung im kleinen Kreislauf kommt es zur Steigerung des Druckes im Stamme der Arteria pulmonalis. So lange das Herz bei kräftigen Kontraktionen immer neue Mengen luftgemischten Blutes in diesen Gefäßstamm fördert, wird auch die Steigerung des Druckes allmählich anwachsen. Die Thatsache, dass der Lufteintritt in die Venen des großen Kreislaufs ein Hindernis für den Blutstrom im kleinen Kreislauf schafft, trat nicht nur beim Einblasen größerer Luftmengen zu Tage, sondern noch schlagender, wenn Verf. gemessene kleine Mengen von Luft unter äußerst geringem Druck in die rechte äußere Jugularvene eingespritzt hatte.

Der Tod bei Luftaspiration sei wohl immer auf die Embolisirung des kleinen Kreislaufs zu beziehen. Die Theorie Couty's, welche auch von Cohnheim acceptirt war, wonach das rechte Herz die eingedrungene Luft nicht weiter zu befördern vermag und in Folge davon bis zum Eintreten von Asystolie ausgedehnt wird, kann, nach den Versuchen des Verf.s zu schließen, nicht als richtig angesehen werden.

v. Święcicki (Posen).

---

4) **P. Poirier** (Paris). Lymphatiques des organes génitaux de la femme.

Paris, **Aux Bureaux du Progrès medical,** 1890. 60 S.

Um Klarheit in die noch ungenügend gelöste, strittige Frage von der Verbreitung des Lymphsystemes im weiblichen Genitaltractus zu bringen, hat P. diese Verhältnisse an mehr als 300 frischen Leichenpräparaten von Frauen und Kindern studirt, indem er die Lymphbahnen in der gewohnten Weise mit Quecksilber injicirte.

Die Lymphbahnen der Scheide sind außerordentlich zahlreich entwickelt und bilden in der Mucosa und in der Muscularis Netze, die mit einander anastomosiren; das Schleimhautgeflecht ist viel weitmaschiger als dasjenige der Muskelschicht. Drei Gruppen von größeren Lymphgefäßen nehmen alsdann die Lymphe aus diesen beiden Netzen auf; je nach ihrer Lage trennt sie Verf. in obere, mittlere und untere. Die obere Partie umfasst 2—3 Gefäßstämme, welche von der oberen Scheidenhälfte und ihrem Ansatz am Gebärmutterhals ausgehen, sich weiter oben mit den vom Uterus herkommenden Lymphsträngen vereinigen und zu den Lymphdrüsen des Plexus iliacus ziehen. Entlang diesen Lymphgefäßen sind keine Drüsen. Die untere Partie, die kleinste von allen, bezieht die Lymphe

aus dem der Vulva zugehörigen Theil der Vagina und führt sie zu den Beckendrüsen. Die außerhalb der Hymenalfalte belegenen Theile stehen durch 2—3 Lymphgefäße mit den Inguinaldrüsen in Connex. (Diese Differenzirung ist besonders bei Kindern sehr ausgesprochen; bei Erwachsenen bestehen schon viel mehr Anastomosen zwischen den beiden Systemen.)

Die mittlere Gruppe endlich betrifft 2—3 Stämme, welche beiderseits seitlich von der Vagina, dann an der rectovaginalen Scheidewand, dem Verlaufe der Arteria vaginalis folgend, zu den oberen Drüsen des Plexus iliacus ziehen, die seitlich vom Rectum an der Abgangsstelle der Art. vagin. sich befinden. Die Kenntnis dieser Anordnung ist in so fern wichtig, als sie uns die Stelle zeigt, an welcher bei Entzündungen an der Scheide konsensuelle Bubonen entstehen können, die eventuell vereitern und nach dem Mastdarm durchbrechen. Von letzterem aus lässt sich eine solche Adenitis durch die Palpation erkennen.

Die Lymphbahnen des Uterus bilden ebenfalls je ein Geflecht in Schleimhaut und Muskulatur. Ein aus größeren Lymphgefäßstämmen bestehendes subseröses Netz erkennt Verf. nicht als solches an, sondern bezeichnet es als die Sammelröhren aus den beiden Uteringeflechten. Dagegen fand er ein sehr wichtiges subendothelial im Peritoneum uterinum gelegenes Lymphgeflecht, welches mit den anderen Netzen anastomosirt. Seine Versuche widerlegen die Behauptung Fridolin's und Leopold's, dass das uterine Lymphsystem nicht durch Gefäße, sondern durch Saftlücken repräsentirt werde; allerdings sind die Lymphkapillaren der Muscularis uteri sehr brüchig. Das seröse Lymphgeflecht liegt sehr oberflächlich, dicht unter dem Serosaendothel; unter diesem feinen Netz sieht man die viel grobmaschigeren Verzweigungen der aus den Uterusgeflechten entstehenden Sammelröhren, welches auch mit jenem kommunicirt. Das Serosanetz findet sich an allen von Bauchfell überzogenen Theilen des Uterus, setzt sich nach hinten fort in den peritonealen Überzug der Tuben und hört seitwärts einige Millimeter von der Gebärmutter entfernt auf. Als Beweis für die von Sappey geleugnete Existenz eines serösen Lymphnetzes dient das Vorhandensein eines solchen in peritonitischen Pseudomembranen; daselbe lässt sich in solchen bis zu den nächsten Lymphdrüsen verfolgen. Das den Uterus und die Tuben bekleidende Peritoneum hat also ein eigenes Lymphgeflecht, welches mit den entsprechenden Lymphnetzen in jenen Organen kommunicirt — eine für die Propagation von Entzündungen sehr wichtige Thatsache.

Nach ihrem Austritt aus der Gebärmutter lassen sich die um das ganze Organ herum zahlreiche ringförmige Geflechte bildenden Lymphgefäße wieder in 2 Gruppen trennen, die durch große Anastomosen zusammenhängen, in die Lymphstränge des Collum und diejenigen des Corpus uteri. Erstere erscheinen an der ganzen Peripherie des Collum, kleinste Netze bildend, und vereinigen sich

zu 2—3 beträchtlichen Stämmen, welche seitlich im para-uterinen Zellgewebe neben Art. und Vena uterina, ersterer an Volumen gleich und mit zahlreichen Klappen versehen, verlaufen; mit jenen gehen sie hinter dem Ureter durch, folgen der unteren Grenze der Lig. lata, um alsdann am seitlichen Beckenrand nach hinten in die Höhe zu steigen und in die 2—3 am Bifurcationswinkel der Arteria iliaca gelegenen Lymphdrüsen zu münden. Wenn pathologisch vergrößert, sind diese Drüsen der bimanuellen Palpation zugänglich; da ihre Entfernung vom Uterus nur 3—5 cm beträgt, kommen diese Drüsen, wenn hypertrophirt, zuweilen direkt in Kontakt mit der Gebärmutter. Mit den benachbarten Drüsen des großen lymphatischen Plexus iliacus stehen sie durch Anastomosen in Beziehung. Die Drüsen entlang der Art. iliaca ext. beziehen ihre Lymphe ausschließlich aus den tieferen Schenkelpartien, nicht aus den Genitalien.

Eine von Lucas-Championnière angegebene seitlich vom Collum dicht über dem Laquear vaginae befindliche Drüse ist nach Verf.s Untersuchungen keine Drüse, sondern nur ein stark gewundener, dichter Lymphgefäßknäuel, welcher den Zweck zu haben scheint, bei der Ausdehnung des Collum (in der Schwangerschaft etc.) nachgeben zu können.

Die Lymphnetze des Corpus uteri vereinigen sich im subserösen Bindegewebe gegen die Tuben zu beiderseits zu 2 (seltener 3) großen Lymphgefäßen an der Vorderseite des Genitaltractus und nehmen die von der Hinterseite kommenden auf; sie liegen im oberen Ende des Lig. latum und folgen dem Lauf der Art. uteroovarica (wohl A. spermatica int. Ref.), welche sie an Dicke übertreffen, gehen zwischen Tube und Eierstock, näher an letzterem, vom Eileiter 2—3 kleine Ästchen aufnehmend, horizontal unter dem Hilus ovarii durch. Die Anastomosirung mit den aus letzterem stammenden großen und zahlreichen Lymphgefäßen findet nicht hier, sondern weiter oben in der Höhe des 5. Lendenwirbels statt. Bis dahin verlaufen die beiden Lymphstränge parallel neben einander her, ohne zu kommuniciren. Die zugehörigen Drüsen sind lumbale und liegen in der Höhe des unteren Nierenpoles vor der Vena cava und Aorta; die zu unterst gelegenen nehmen mehr die Lymphe vom Uterus, die oberen die Lymphe von den Ovarien auf.

Einige wenige Lymphgefäße des Uterus ziehen mit dem Lig. rotundum zu den Leistendrüsen, eine bisher nur Mascagni bekannte Thatsache. Die Lymphgefäße des Corpus haben eine konstante, klappenreiche, seitlich an der Gebärmutter emporsteigende Anastomose; im Lig. latum verlaufen sie völlig getrennt. Den Klappen entsprechend geht der Lymphstrom vom Collum zum Corpus.

Obwohl es P. nicht gelang, drei getrennte Netze in den 3 Schichten der Tuben zu isoliren, glaubt er doch an das Bestehen dieser Differenzirung. Die tubaren Lymphgefäße ergießen sich durch 2 bis 3, Ästchen der Art. tubaria folgende Stämmchen in die dem Corpus uteri entstammenden Lymphstränge.

Außerordentlich zahlreich sind die Lymphgefäße in den Ovarien; aus perifollikulären Netzen konvergiren Stämmchen nach dem Hilus und verlassen denselben als großes Gefäßbündel, dessen weiterer Verlauf oben bezeichnet wurde.

Da der Klappenapparat der Lymphgefäße ein sehr mangelhafter, ist retrograde Cirkulation, welche Infektion in retrograder Richtung zu erklären vermag, möglich.

Die so außerordentlich häufig vorkommenden Uterusadhäsionen erklären sich aus der Kommunikation des peritonealen Lymphnetzes mit den uterinen Geflechten; eine Endometritis schon kann zu Adhäsionsbildung führen. Alle Pseudomembranen, selbst wenn sie kaum Blutgefäße führen, enthalten ein wunderbares Lymphgefäßnetz, welches die Fortsetzung des subendothelialen Netzes der Serosa uteri darstellt.

Bei Entzündungen im Becken spielen die Lymphgefäße eine große Rolle. Die bisherige Ansicht, dass die uterinen Entzündungsprocesse nur durch die Tuben nach dem Bauchfell fortgeleitet werden, ist irrig; wäre sie richtig, so müsste stets die Partie am Tubenende am meisten erkrankt sein. Bei allen Affektionen des Uterus und ihrer Komplikationen ist die Lymphangitis von fundamentaler Bedeutung, sei es nun, dass eine mildere Entzündungsform sich begrenze in der Indikation des Zellgewebes, sei es, dass eine intensivere zu Abscessbildung (Parametritis) führe, sei es endlich, dass das Virus die serösen Lymphnetze erreiche und Pelviperitonitis zur Folge habe. Aus der mangelhaften Widerstandskraft der Lymphgefäßwandungen im Lig. latum erklärt sich leicht die Infiltration des ganzen sehr lockeren parametranen Zellgewebes. Ähnlich wie bei Infektion an einer Zehe die Lymphgefäße bis in die Leistendrüsen erkranken, können bei Uteruskrankheiten die Lymphstränge sich bis zu den Iliacaldrüsen hin entzünden; die Infiltration und Abscedirung beginnt immer zuerst an den Stellen, wo die Lymphgefäße verlaufen, also entweder in der oberen oder der unteren Partie des Lig. latum, oder in den am Beckenrande gelegenen Drüsen; die aus Entzündung dieser Lymphsysteme resultirenden Exsudate drängen dann die beiden Blätter des Lig. latum aus einander; letzteres selbst und das dazwischen liegende Zellgewebe ist nicht der primäre Sitz der Entzündung. Als Beweis dafür dient schon die Thatsache, dass die mittlere Partie des breiten Mutterbandes, welche frei von Lymphbahnen ist, nie zuerst erkrankt, sondern stets die obere oder die untere.

Der Behauptung Terrillon's, dass die Entzündung der Lig. lata eine sekundäre, stets von primärer Tubenaffektion ausgehende sei und dass Abscesse fast ausnahmslos außerhalb der Ligamente, in neugebildeten Peritonealräumen liegen, tritt Verf. mit Fug und Recht aufs energischste entgegen. Gerade diese Phlegmonen spielen sich mit Vorliebe subperitoneal, im Beckenbindegewebe ab und brechen von da nach Nachbarorganen durch.

In dem Streit, ob eitrige Salpingitis und Oophoritis durch In-

fektion von Schleimhaut zu Schleimhaut oder durch Infektion auf dem Lymphwege zu Stande komme, tritt P. der letzteren, von Lucas Championnière inaugurirten Theorie entgegen, da nach seinen Untersuchungen die Lymphgefäße des Uterus lange Zeit von denjenigen der Adnexe getrennt verlaufen und da bei Salpingitis niemals die lumbalen Lymphdrüsen miterkranken. Die Tube bleibt stets 2—3 cm von den großen, von der Gebärmutter stammenden Lymphsträngen entfernt — Grund genug, eine Infektion der Eileiter auf diesem Wege als sehr unwahrscheinlich zu betrachten. An den Ovarien allerdings laufen jene dicht vorbei und stehen in Kontakt mit den aus dem Hilus kommenden Lymphbahnen; wenn auch hier sehr wenig Anastomosen bestehen, ist doch die Möglichkeit einer Infektion quer durch die einander anliegenden Lymphgefäßwände nicht auszuschließen; gerade für die Fälle, bei denen man neben puerperaler Endometritis einen Ovarialabscess findet bei völlig gesunder Tube, ist diese Theorie sehr verlockend; dann müssten aber doch die Lumbaldrüsen, welche das Gift auf direktem Wege erhalten, auch vereitern. Die Ovarialentzündungen entstehen oft sehr spät nach der Uteruserkrankung. Dies spricht auch gegen Propagation durch die Lymphstämme. Dagegen hält P. Infektion auf dem Wege der peritonitischen Adhäsionen (subendotheliales Lymphnetz) für möglich. Diese Frage harrt also noch ihrer Entscheidung.

F. Spaeth (Hamburg).

---

5) Naturforscherversammlung in Bremen (Gynäkologische Abtheilung).

Flothmann (Ems). Laparotomie bei alter Extra-uterin-Schwangerschaft mit Darmperforation. (Selbstbericht.)

Eine Nullipara, B. S. von Braunfels, welche 6½ Jahre extra-uterin schwanger war, wurde zuerst wegen ihres Abdominaltumors von Löhlein in der Linea alba laparotomirt (Mai 1889). Der Tumor war wegen zahlreicher Darmverwachsungen und weil er bei dem carcinomatösen Aussehen der Pat. sehr wohl als Carcinom angesprochen werden konnte, für inoperabel angesehen. Am 4. September erfolgte der Durchbruch des extra-uterinen Fruchtsackes in das Anfangsstück des S romanum. Am 9. September stellte ich nach Simon's Untersuchung fest, dass die Perforationsstelle für 2 Finger eben durchgängig, 25 cm oberhalb des Sphincter sich befinde und dass das Tuber parietale eines Seitenwandbeines auf dem Darmloch aufliege. Am 30. September 1889 führte ich mitten durch den Rectus die zweite Laparotomie aus in der Absicht, ähnlich wie bei Echinococcusoperation zunächst den Fruchtsack in die Laparotomiewunde einzunähen und dann ihn zu eröffnen und zu entleeren, damit kein Koth in die Bauchhöhle gelangen könne. Indessen dieser Plan wurde aufgegeben, weil der im Becken durch zahlreiche Darmverwachsungen fixirte Tumor der Bauchhöhle nicht genähert werden konnte. Ich baute nun einen Trichter von Schwämmen auf dem Fruchtsacke auf, incidirte das rechte, auf der Fruchtsackwand aufsitzende Ovarium und den Fruchtsack selbst, holte einige Hände voll Koth und Skeletttheile hervor. Ein Seitenwandbein, welches mit seinen durch Resorption erhaltenen Zacken und Spitzen in die Fruchtsackwand fest eingekeilt war, musste mit der Kugelzange zertrümmert und in einzelnen Stücken hervorgeholt werden. Dann wurden 3 starke Seidenfäden durch die Wundränder des Sackes gelegt und letzterer emporgezogen und die Peripherie der Fruchtsackwunde wurde mit etwa 50 Nadeln in die entsprechenden Wundränder der Laparo-

tomie, Serosa des Sackes an Peritoneum der Bauchwand eingenäht, nachdem zuvor die Laparotomiewunde so weit als möglich geschlossen war. Der Fruchtsack bestand aus einer $1^1/_2$ cm dicken Wand, nach außen mit Serosa überzogen, nach innen mit Schleimhaut, makroskopisch der Dickdarmschleimhaut ähnliche Granulationsgewebe, Kalkplatten oder Versteinerungen waren in der Wand nicht vorhanden. In und auf der Wand saß das rechte Ovarium, der Fruchtsack war mit Dünndarmschlingen, mit Uterus und Blase verwachsen. Der Uterus lag links hinten, das linke Ovarium wurde wegen der Verwachsungen nicht aufgefunden; es handelte sich um eine rechtsseitige Tubenschwangerschaft. Die Heilung erfolgte ohne Störung, in den ersten 3 Wochen wurde zur Stuhlentleerung nur der Weg von der Darmperforation zum Anus praeter gewählt, später verödete der Sack bis auf eine kleine Fistel. Am 28. November verließ Pat. mit einer Gewichtszunahme von 20 Pfund das Spital. Die Skelettheile, bräunlich verfärbt, im Zustande der Versteinerung, durch Resorption wie angenagt aussehend, wurden demonstrirt.

Extra-uterin-Fruchtsäcke, deren Inhalt in das Rectum durchbrach, sind schon von Werth und Peter Müller durch die Laparotomie zu heilen versucht. Beide standen aber von der Exstirpation des Sackes wegen der zahlreichen Darmverwachsungen ab, so auch in meinem Falle Löhlein. Ich zweifle nicht daran, dass Werth und Müller in derselben Weise wie ich eine Stelle in der Fruchtsackwand gefunden hätten, welche die Incision und Ausräumung nach vorheriger oder späterer Einnähung in die Laparotomiewunde ermöglicht hätte.

Auch glaube ich, dass bei Darmdurchbruch extra-uteriner Fruchtsäcke die Kraske-Bardenheuer'sche Operation der Rectumexstirpation zu verwerthen ist, da sie das Rectum bequem freilegt, nur müsste man die Modifikation hinzufügen: Eröffnung der Rectumwand durch einen Längsschnitt gerade an einer der Darmperforation gegenüber liegenden Stelle, Ausräumung des Fruchtsackes, Darmnaht.

Kasuistik.

6) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe zu New York.

(Amer. journ. of obstetr. 1890. März, April, Mai, Juni.)

Sitzung am 19. November 1889.

Goffe berichtet über einen Fall von Hysterektomie wegen eines weichen Fibroides. Der Cervix wurde zurückgelassen, bedeckt durch Lappen, welche der vorderen und hinteren Fläche der Geschwulst entnommen waren. Am 4. Tage nach der Operation dilatirte G. den Cervicalkanal und legte einen Drain ein, durch denselben entleeren sich die Ligaturen, Eiter und abgestoßenes Gewebe. In ähnlicher Weise ist er in drei anderen Fällen verfahren, welche günstig verliefen. Dudley hat dasselbe Verfahren 4mal mit gutem Erfolge versucht und empfiehlt es sehr warm.

Fruitnight theilt einen Fall von hoher Amputation bei Cervixcarcinom mit. In der Diskussion wendet sich Boldt sehr energisch gegen die Operation, welche nur im Beginn der Erkrankung gerechtfertigt sei, während Grandin, gestützt auf die guten Resultate Baker's, für dieselbe eintritt, um so mehr, da die wenigsten Ärzte in der Lage seien, eine so schwierige Operation wie vaginale Hysterektomie auszuführen. Dudley und Janvrin sprechen sich dahin aus, dass in allen Fällen bei jugendlichen Individuen wegen des rapiden Wachsthums der Geschwulst die Hysterektomie indicirt sei.

Dudley bespricht die Bildung von Fisteln nach Laparotomie. In einem Falle hatte dieselbe noch ein Jahr nach der Operation bestanden. Da alle Ätzmittel den Verschluss nicht herbeizuführen im Stande waren, erweiterte D. die Fistelöffnung und suchte die vermuthete Ligatur zu entfernen. Da dies nach längeren Versuchen nicht gelang, eröffnete er die Bauchhöhle. Da zeigte sich, dass neben der gesuchten Ligatur noch sehr ernste Zustände bestanden. Die

vordere Fläche der Blase war mit der Bauchwand verwachsen, die Darmmassen waren verklebt, drei Öffnungen führten in den Darm, das Rectum war mit der hinteren Wand der Gebärmutter und der Beckenwand verwachsen.

Waldo spricht über Pyosalpinx. In der Diskussion, welche eine sehr lebhafte ist, macht sich allgemein die Meinung geltend, dass viele Fälle zur Heilung kommen, ohne dass zu dem extremen Mittel der Laparotomie geschritten werden muss. Mehrere Mitglieder machen auf die Wirksamkeit des konstanten Stromes aufmerksam, und berichten über Fälle von Heilung hartnäckiger bereits zur Laparotomie bestimmten Fälle, sind jedoch unter sich verschiedener Meinung in Betreff der Anwendung des positiven oder negativen Poles, der intravaginalen oder der intra-uterinen Applikation der inneren Elektrode.

Sitzung am 3. December 1889.

Boldt. Über einen Fall von sarkomatösem und einen anderen von carcinomatösem Uterus, beide durch kombinirtes Verfahren entfernt. Bei beiden erfolgte eine Verletzung der Blase.

Tuttle zeigt eine sehr dünnwandige Cyste vor, welche etwa 2 Liter gelatinöser Flüssigkeit enthielt und scheinbar frei in der Bauchhöhle lag; Janvrin eine sarkomatöse Geschwulst von der Größe einer Orange, welche er von den Labien entfernt hatte.

Abbott hält einen Vortrag über Herzschwäche nach Entfernung sehr großer Ovariencysten; theilt mehrere Fälle mit und räth die Operation in zwei Tempos auszuführen. Diesem Rathe schließen sich die meisten Kollegen an.

Sitzung am 17. December 1889.

McLean theilt einen Fall mit von Extra-uterin-Schwangerschaft von 12monatlicher Dauer. Er betraf eine 24jährige Frau, welche 2mal normal geboren hatte, das letzte Mal vor 21 Monaten. Im December hatte sie die letzte Periode gehabt; im 4. Monate der Schwangerschaft traten sehr heftige Schmerzen auf, welche den Charakter von Wehen hatten und die Kranke mehrere Tage an das Bett fesselten. Ausfluss bestand nicht. Anfang Juni fand sie wegen andauernder Schmerzen und starker Abmagerung Aufnahme in das New York-Hospital, wo eine Schwangerschaft im 8. Monat konstatirt wurde. Ende Juni verließ sie das Krankenhaus leicht gebessert.

Seit September, zu welcher Zeit sie die Niederkunft erwartete, bestand blutiger Ausfluss und zeitweise wehenartige Schmerzen. M. fand bei der Untersuchung im November eine Geschwulst rund, fluktuirend, empfindlich; fester Körper nicht zu unterscheiden. In der linken Inguinalgegend fand sich oberhalb des Poupart'schen Bandes eine zweite Geschwulst, etwa 2 Zoll im Durchmesser, welche bei Druck fester wurde und nach kurzer Zeit wiederum weich, der leere Uterus. Das Becken war ganz ausgefüllt durch eine harte Masse, welche sich wie ein Kindskopf anfühlte.

In der kurzen Zeit, welche seit der Aufnahme der Kranken bis zur Operation verfloss, hatte die Geschwulst bedeutend an Umfang abgenommen durch Aufsaugung der Amnionflüssigkeit. Bei der Operation zeigte sich die Geschwulst mit dem Uterus durch eine Brücke verbunden. Der Einschnitt in die Geschwulst traf die Placenta, dieselbe zeigte sich zusammengefaltet und hatte das Aussehen halb gekochten Fleisches. Die Frucht wog $7^3/_4$ Pfund. Die Placenta wurde stückweise mit den Fingern entfernt. Die hintere Seite des Sackes war äußerst dünn, während die vordere dagegen mindestens 1 cm dick und sehr stark vaskularisirt war. Nach allen Richtungen verliefen Verwachsungen. Der Sack wird mit der äußeren Bauchwunde vernäht, Drain eingelegt. Heilung ohne Zwischenfall. M. macht auf die sicher konstatirte Aufsaugung der Amnionflüssigkeit aufmerksam als ein Zeichen, dass die Placenta abstirbt und räth in allen Fällen wo dies möglich ist, mit der Operation so lange zu warten.

Buckmaster hält einen Vortrag über die Behandlung der Extra-uterin-Schwangerschaft mittels Elektricität. Er spricht sich für deren Anwendung vor dem 3. oder 4. Monat aus und polemisirt gegen Lawson Tait, dessen Ein-

würfe — dass es unmoralisch sei den Fötus zu tödten; dass die Zerstörung desselben der Mutter keine Sicherheit gewährt; dass das Verfahren gefährlich und wirkungslos sei — er eingehend widerlegt.

Coe betont die Schwierigkeit der Diagnose und bezweifelt, ob es sich in allen (38) Fällen, welche B. anführte, wirklich um ektopische Schwangerschaft gehandelt habe. Er hebt die Gefahr der zurückbleibenden Massen hervor und spricht sich in allen Fällen für Laparotomie aus.

Bache Emmet spricht für Anwendung der Elektricität, eben so Hanks, welcher betont, dass die überwiegende Mehrzahl der Ärzte nicht im Stande sei eine Laparotomie unter diesen Verhältnissen zu machen, während die Anwendung der Elektricität keine Gefahr biete. In 6 Fällen habe er letztere angewandt und stets mit gutem Erfolg. Auch McLean ist der Ansicht, dass der elektrische Strom das Wachsthum des Eies vor Ablauf des 3. Monates mit Sicherheit unterbreche. Tuttle und Janvrin treten für Laparotomie ein.

—

Sitzung am 7. Januar 1890.

Pryor berichtet über einen Fall von Uterusmyom, welches längere Zeit nach Apostoli behandelt worden war. Während 2 Jahren war der konstante Strom in einer Stärke von 150 Milliampères angewandt worden. Die Zahl der Sitzungen ist nicht angegeben. Es traten öfters Erscheinungen von Peritonitis auf und die Blutungen wurden nicht gebessert. P. machte wegen heftiger Blutung eine Jodinjektion und dann Curettement, wobei er große Massen nekrotischen Gewebes entfernte. Da die Blutung trotzdem heftig wiederkehrte, machte er die supravaginale Hysterektomie mit günstigem Erfolge.

Coe erzählt einen ganz ähnlichen Fall, in welchem er die Adnexe entfernte.

Derselbe berichtet über einen Fall von malignem Adenom der Gebärmutter bei einer 46jährigen Virgo. Die Diagnose war sehr unklar; allgemeines Wohlbefinden, nur andauernde blutige Absonderung. Die Untersuchung eines kleinen Stückes zeigte den Bau eines gutartigen Adenomes, nur an einer Stelle fanden sich Gruppen vergrößerter Epithelialzellen. Trotzdem wurde die Hysterektomie gemacht, die Untersuchung des Präparates rechtfertigte dieselbe vollkommen.

Morrill spricht über Schwangerschaft, komplicirt durch Myome. Es handelte sich um eine Frau im 3. Monat schwanger, welche bereits septisch inficirt war als M. sie sah; es gelang nicht die Placenta zu entfernen. Hysterektomie wurde abgelehnt. Die Frau ging septikämisch zu Grunde. Grandin berichtet über einen Fall von Icterus gravidarum.

Sitzung am 21. Januar 1890.

Coe zeigt das Präparat eines Fibromes des Eierstockes vor, welches mit Ascites komplicirt war und durch Laparotomie entfernt wurde. Der Bauchschnitt war bereits früher gemacht, die Operation jedoch nicht beendigt worden, da eine maligne Geschwulst der Gebärmutter angenommen wurde. Sie zeigte sich bei der späteren Operation, welche nach wiederholten Punktionen ausgeführt wurde, als ein wahres Fibrom des Eierstockes. C. knüpft an die Mittheilung des Falles die Bemerkung, dass seiner Erfahrung nach diese Eierstockgeschwülste durchaus nicht so selten wären wie es nach dem Ausspruche Winckel's, Olshausen's und Anderer den Anschein hätte, kaum ein Monat vergehe, dass nicht ein oder der andere authentische Fall berichtet würde. Der Einwurf, dass es sich um ursprüngliche Geschwülste der Gebärmutter handelte, welche zwischen die Falten des breiten Mutterbandes hereingewachsen seien, ist Angesichts des wirklichen Befundes, welcher sich bei Betrachtung der Präparate, von denen C. 8—10 genau untersucht hat, ergiebt, hinfällig. Ein stichhaltiger Grund, warum in einem so bindegewebreichen Organ, wie der Eierstock, Fasergeschwülste sich nicht bilden sollten, besteht nicht. Weiter betont C., dass es ein Irrthum sei zu glauben, dass Ascites vorwiegend auf maligne Geschwulst hindeute. Auch bei kleinen gutartigen Geschwülsten des Eierstockes finde sich häufig genug Ascites, wie auch bereits Olshausen betont habe. Die Ursache derselben sei allerdings schwer aufzufinden.

Waldo demonstrirt die Eierstöcke einer Kranken, welche Lee vor einigen Tagen wegen heftiger Schmerzen und andauernder Blutung entfernt hatte. Es musste während bestehender Blutung operirt werden.

Dudley hält den Zeitpunkt der Menstruation durchaus nicht für ungünstig zur Operation, da Peritonitis nicht so leicht einzutreten scheine, mindestens bilde dieselbe keine Kontraindikation zur Operation.

Byrne theilt einen Fall von chronischer Beckencellulitis mit, in welchem von autorativer Seite die Entfernung der Uterusanhänge als einziges Mittel anempfohlen wurde und in welchem er durch einfache Mittel: Ruhe, warme Umschläge, heiße Duschen etc. vollkommene Heilung erzielte. Er warnt vor zu frühzeitiger Operation, bevor alle Mittel erschöpft sind und wünscht durch Mittheilung des Falles die Gesellschaft zu veranlassen in eine Diskussion einzutreten, um die Principien der Behandlung und die Indikationen für einen operativen Eingriff festzustellen.

Coe, Wylie, Polk sind der Ansicht, dass was Byrne chronische Cellulitis nennt, nicht existirte, sondern als Peritonitis, Salpingitis, Oophoritis aufzufassen sei. In Betreff der Behandlung stehen sie auf dem Standpunkt, dass kritikloses Operiren allerdings streng zu verwerfen sei, dass jedoch die Entfernung der vereiterten Tuben, die Lösung von Verwachsungen etc. sehr segensreiche Operationen seien, die mancher früher ungeheilten Kranken Gesundheit und Lebensfreudigkeit zurückgegeben haben.

Cleveland zeigt eine enorme, durch Eiter ausgedehnte Tube, durch Bauchschnitt entfernt, vor. Sie enthielt ca. 12 Unzen stinkenden Eiter, die Länge der Tube vom Uterushorn gemessen betrug 9 Zoll, Länge der ausgedehnten Tube 6 Zoll, größter Durchmesser 3 Zoll.

Sitzung am 4. Februar 1890.

Chambers. Fall von Obstruktion des Darmes durch eine Geschwulst.

Pryor. Fall von Porro wegen tiefsitzendem Fibroid. Vor der Operation war beabsichtigt Kaiserschnitt zu machen, der Einschnitt in die Uteruswand durchtrennte zwei in derselben lagernde Fibroide, welche sich weit aus ihrer Kapsel hervordrängten, so dass Vereinigung der Wundfläche unmöglich erschien. Tod der bereits septisch inficirten Kranken nach 3 Tagen.

Dudley. Operation einer eingeklemmten Nabelhernie bei einer 90jährigen Frau. Günstiger Erfolg. Tod am 3. Tage in Folge von starkem Erbrechen.

Sitzung am 18. Februar 1890.

Coe. 2. Fall von unglücklich verlaufender Laparotomie, wegen innerer Einklemmung nach vaginaler Hysterektomie.

Als C. im Oktober vorigen Jahres seinen ersten unglücklich verlaufenden Fall in der Gesellschaft mittheilte, hatte er geäußert, dass er in dem gleichen Falle künftighin entweder frühzeitig operiren würde oder gar nicht. Er befolgte dieses Mal seinen Plan mit nicht besserem Erfolg.

Der Fall bot an sich nichts Bemerkenswerthes. Die Operation wurde erschwert durch Straffheit des Dammes und Enge der Scheide. Daher war es nicht möglich Ligaturen anzulegen, so dass C. zu Klemmzangen griff, deren 7 oder 8 Verwendung fanden. Die Öffnung wurde höher als gewöhnlich mit Jodoformgaze ausgestopft, da bei der Entfernung der Gebärmutter eine Darmschlinge vorgefallen war. Nach 24 Stunden wurden die Klemmzangen entfernt, ohne die Gaze in der Lage zu verändern. Am 3. Tage zeigten sich Erscheinungen von innerer Einklemmung. C. öffnete sofort den Bauch. 2 oder 3 Schlingen des Ileum zeigten sich mit der Bauchfellwunde verklebt, nach ihrer Loslösung entleerten sich Flatus. Andere Verwachsungen fanden sich nicht, das Bauchfell und die Wundränder zeigten sich gesund. Die Operation hatte nur 25 Minuten gedauert, dennoch ging die Kranke nach 14 Stunden zu Grunde. Die Sektion ergab nichts Besonderes. Anknüpfend an den Fall stellt sich C. die Frage, ob in der Art und Weise seiner Methode ein Grund zu der raschen Folge von unglücklichen Ausgängen aus derselben Ursache liege. Er findet keine Antwort auf dieselbe, eben so wenig weiß er zu sagen, auf welche Weise die Komplikation vermieden werden könne. Allerdings glaubt auch er, dass durch vollständigen Ver-

schluss des Bauchfelles größere Sicherheit geschafft werden könne, dies sei aber in einzelnen Fällen, bei sehr enger Scheide nicht oder nur schwer möglich. Auch müsse dann auf die Anwendung der Klemmzangen, die so einfach und bequem seien, verzichtet werden.

Einen anderen Weg, um zu dem verschlossenen Darm zu gelangen als durch Bauchschnitt gebe es nicht. Von der Scheide aus zu manipuliren, sei entschieden gefährlich und unsicher. Die Aussicht, die Kranke zu erhalten, sei allerdings gering. In seinem Falle sei so frühzeitig wie möglich operirt worden, die Operation rasch und leicht verlaufen, der Kräftezustand der Kranken ein befriedigender gewesen und doch der Exitus nicht aufgehalten worden. Es müsse etwas in dem Zustand der Kranken nach Hysterektomie liegen, das eine innere Einklemmung so besonders verhängnisvoll mache.

Dudley bemerkt in der Diskussion, dass manche der Schattenseiten vermieden würden, wenn in der Sims'schen Seitenlage, wie er vorgeschlagen, operirt würde. Blase und Darm gelangen dann mehr außerhalb des Operationsfeldes. Wogegen Krug bemerkt, dass in dieser Lage in Folge des negativen Druckes die Gefahr einer Aufsaugung carcinomatöser Massen in die Bauchhöhle zu fürchten sei. Er wendet sich gegen die Anwendung der Klammern als unchirurgisch und abgesehen von der Gefahr einer sekundären Blutung werde durch den Zug der Zangen ein Herabsteigen des Darmes erleichtert. Mit Dudley stimme er überein, dass es wünschenswerth sei möglichst bald die Darmthätigkeit anzuregen.

Grandin wünscht die Operation mehr begrenzt. Wenn nur der Cervix ergriffen, genüge die hohe Amputation, wie Becker aus Boston in einer großen Anzahl von Fällen gezeigt habe, noch besser seien die Resultate Byrne's mit der Galvanokaustik, die sich auf 300 Fälle erstreckten. Krug wendet ein, dass es sehr schwer sei zu konstatiren, ob die Erkrankung sich auf das Collum beschränke.

Banks spricht sich in ähnlichem Sinne wie Grandin aus, auch er zieht die Galvanokaustik dem Messer vor.

Polk hält das Eingehen durch die Scheide bei innerer Einklemmung für den richtigen Weg. Die Gefahr der Blutung sei nur gering. Die Klammern möchte er wenigstens für den unteren Theil der breiten Mutterbänder nicht gern entbehren.

Cleveland berichtet über einen Fall von Laparo-vaginaler Hysterektomie, der günstig verlief. Er will in allen Fällen die Methode angewandt wissen, in welchen eine sehr enge Scheide oder große Gebärmutter das Herabziehen letzterer erschwert. Er empfiehlt in solchem Falle zunächst eine kleine Incision in die Bauchdecken zu machen, provisorisch wieder zu schließen und durch dieselbe später den Finger einführen, um unter seiner Leitung die Klemmzange anzulegen, denn falls es sich ergiebt, dass die Gebärmutter zu groß ist, kann die Incision leicht vergrößert werden.

Polk spricht sich gegen die Operation aus; sie komplicire unnöthigerweise; wenn die Gebärmutter wirklich zu groß sei, um vaginal entfernt zu werden, mache er die Laparotomie.

Krug berichtet über einen interessanten Fall von laparo-vaginaler Hysterektomie. Es bestanden feste Verwachsungen und Anschwellung der Tuben und Eierstöcke, so dass es unmöglich erschien den Uterus per vaginam zu entfernen. Er machte daher zuerst den Bauchschnitt, durchtrennte Verwachsungen und entfernte Tuben und Eierstöcke, unterband die breiten Mutterbänder bis zum Douglas herab und vollendete hierauf die Unterbindung wie gewöhnlich von der Scheide aus. Klemmzangen wurden nicht angewandt.

Über eine ähnliche Operation berichtet Banks. **Engelmann** (Kreuznach).

---

7) **Frommel** (Erlangen). Das Oberflächenpapillom des Eierstocks, seine Histogenese und seine Stellung zum papillären Flimmerepithelkystom.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIX. Hft. 1.)

An den durch Kastration gewonnenen, chronisch entzündlich veränderten Ovarien einer Frau fand F. papillöse Wucherungen, die als mehr oder weniger

erhabene oder auch gestielte, hirsekorn- bis erbsengroße Geschwülste mit gerötheter, unebener Oberfläche auftraten und stellte an ihnen eine genaue mikroskopische Untersuchung an. Er glaubt, dass wirkliche Oberflächenpapillome vorlagen und dass sie nicht als papilläre Wucherungen einer Cyste durch nachträgliches Platzen derselben an die Oberfläche gelangt seien, obgleich eine Stelle zu der letzten Annahme zu zwingen schien. Das beinahe glatte Oberflächenepithel des Ovariums geht ganz allmählich in ein hohes Cylinderepithel über, das da, wo es sich auf den Tumor umschlug, stellenweise Wimperbesatz trug. Sämmtliche Tumoren sind dadurch entstanden zu denken, dass sich das Keimepithel des Ovariums grubenartig einsenkt. Diese Einsenkungen produciren neue seitliche Ausbuchtungen, so dass auf Schnitten Bilder entstehen, die verzweigten Drüsen ähnlich sehen. Im Bereich dieser Einsenkungen hat sich das Oberflächenepithel in Cylinderepithel mit Wimperbesatz umgebildet. Das Ovarialstroma bleibt zwischen diesen Einsenkungen papillenartig stehen. **Carlo** (Göttingen).

8) **Strassmann** (Gießen). Influenza bei Neugeborenen.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIX. Hft. 1.)

Von 20 Kindern erkrankten während der Influenza-Epidemie 8 unter eigenthümlichen Erscheinungen: Die Krankheit setzte plötzlich ein, es zeigten sich Schnupfen, Angina, Conjunctivitis, Verdauungsstörungen, Erkrankung der tieferen Luftwege mit Sinken der Temperatur bis unter 35° C. in allen, bis unter 34° in 3 Fällen. Die Krankheit dauerte 4—6 Tage und das Körpergewicht der Kinder nahm durchweg ab. Ein Fall endete tödlich durch Hinzutreten einer Pneumonie, wobei die Temperatur einmal bis 32,1° C. sank. **Carlo** (Göttingen).

9) **Metzges** (Gießen). Ein Fall von Milzexstirpation bei hypertrophischer Wandermilz.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIX. Hft. 1.)

Die Diagnose war nicht auf Milztumor gestellt, da die Perkussion in der Milzgegend deutlich eine Dämpfung ergab, — die übrigens auch nach der Exstirpation bestehen blieb. Der Milztumor saß mit seiner unteren Kuppe ziemlich fest in der rechten Beckenhälfte eingekeilt, wurde aber leicht entfernt. — Interessant sind die Folgeerscheinungen. Es handelte sich nicht um Leukämie, aber am 7. Tage p. op. waren die weißen Blutkörperchen beträchtlich vermehrt. (1 : 100—80). Nach 14 Tagen waren die rothen Blutkörperchen blasser, legten sich nicht in Geldrollenform an einander. Zugleich traten kernhaltige rothe Blutkörperchen auf und mit ihnen etwa 14 Tage lang dauernde Schmerzen in den Röhrenknochen. Am 12. Tage wurde Struma nachgewiesen und nach 4 Wochen Exophthalmus, so wie das Gräfe'sche Symptom des Morbus Basedowi.

Carlo (Göttingen).

10) **P. Ruge** (Berlin). Beitrag zur Chirurgie der Nieren und des Pankreas.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 20.)

Auf Grund eines Falles, bei welchem von ihm mit großer Leichtigkeit eine rechtsseitige, mannskopfgroße Hydronephrose durch die Laparotomie entfernt wurde, spricht sich Verf. im Gegensatz zu einigen anderen Autoren für die Exstirpation von Nierengeschwülsten, auch kleineren vom Abdomen her aus. Sie hat den Vortheil, dass die Heilung nach der Laparotomie meist in wenigen Tagen erfolgt, ferner, dass man in der Lage ist, beide Nieren genau abzutasten und die Operation unterlassen kann, wenn man beide Nieren krank oder eine einfache bezw. Hufeisenniere findet. Eine Ausnahme dürften die Fälle machen, bei denen man wegen Jauchungen die Eröffnung der Bauchhöhle fürchtet.

Bei Operationen an der Leiche konstatirte R., dass die Entfernung der rechten Niere von der Bauchhöhle aus leichter ist als die der linken. Zur ersteren gelangt man, indem man oberhalb des Colon transversum zwischen diesem und der Leber mit der Hand eingeht. Etwaige stärkere Bindegewebsstränge zwischen Colon und Leber lassen sich leicht trennen.

Um zur linken Niere zu gelangen, schlägt man das Colon transversum in die Höhe. Man fühlt sie dann durch das Mesocolon deutlich durch. Dieses wird in der Längsrichtung des Körpers eingeschnitten, größere Gefäße bei Seite geschoben, dann die Niere ausgeschält.

Zum Schluss schildert Verf. die Schwierigkeiten, welche sich der Entfernung des Pankreas in den Weg stellen, die Gefahren, welche durch die Nähe großer Gefäße bedingt sind. Letztere werden am besten vermieden, wenn man die Ausschälung von dem Schwanzende des Pankreas beginnt und nach dem Kopfende fortsetzt. **Graefe** (Halle a/S.).

11) Schauta. Die Kastration bei Osteomalacie.

(Wiener med. Wochenschrift 1890. No. 19.)

S. hält diejenigen Fälle progredienter Osteomalacie für die Kastration geeignet, welche längere Zeit nach Ablauf einer Schwangerschaft noch fortbestehen und deren Heilung oder Besserung auf anderem Wege nicht gelingt. Anknüpfend an einen von Späth operirten (1877) Fall, wo nach Porro entbunden und beide Ovarien aus technischen Gründen in der Bauchhöhle zurückgelassen wurden, der glatt heilte, glaubt S., dass der Wegfall der Menstruation wahrscheinlich den Heilerfolg der Kastration bedingt. S. selbst operirte eine 32jährige IVpara. Beginn des Leidens nach der 3. Entbindung vor 5 Jahren. Vor $^1/_2$ Jahre 4. Geburt, die normal verlief. $1^1/_4$ Jahr lang bettlägerig. Typisches osteomalacisches Becken. Die Kastration am 22. Juli 1889 heilte glatt. $^1/_2$ Jahr nach der Operation haben die Schmerzen aufgehört, Pat. kann ihre Geschäfte vollkommen besorgen. Menstruationen traten nicht mehr ein. **G. Middeldorpf** (Breslau).

12) Münchmeyer. Über die Entbindungen mittels der Zange an der königl. Frauenklinik in Dresden.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVI. Hft. 1.)

Von 7322 Geburten wurden 206 mittels der Zange beendet, 19mal am hochstehenden Kopfe. 7 Mütter starben, doch nicht in Folge der Zangenoperation. Afebril blieben 68 %, höheres Fieber hatten 21,8 %. Von den Kindern konnten 83 % lebend entlassen werden. Die Zahl und Beschaffenheit der von der Zange gesetzten Zerreißungen bringt Verf. zu der Überzeugung, »dass die Zange von allen geburtshilflichen Operationen die blutigste ist«. Auch bei leichten Zangen können bedeutende Risse der Scheide und des Mutterhalses entstehen, ohne dass der Damm verletzt zu sein braucht, und können derartige Risse selbst tödliche Blutungen zur Folge haben. Daher ist die Anzeige zur Zange sehr einzuschränken. Hohe Zangen sollten möglichst vermieden, jedenfalls nur von sehr geübter Hand und nach genauer Abwägung der damit verbundenen Gefahren angelegt werden.

Pfannenstiel (Breslau).

13) F. L. Neugebauer. Das neue Breslauer spondylolisthetische Becken.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXV. Hft. 3.)

Ein spondylolisthetisches Becken mit sämmtlichen Weichtheilen. Dasselbe entstammt einer an Erfrierung gestorbenen Person, welche 6 Wochen vor ihrem Tode spontan von einem allerdings nicht ganz ausgetragenen Kinde leicht entbunden wurde, ohne dass die Eigenart des Beckens dabei entdeckt wurde. Die Spondylolisthesis ist in einem frühen Stadium befindlich und wird vom Verf. zurückgeführt auf eine angeborene interartikuläre Spaltung im Wirbelbogen des 5. Lendenwirbels dicht hinter seinem oberen Gelenkfortsatze. Die Conjugata vera ist verengt (8,8 cm bis zum unteren vorderen Rande des letzten Lendenwirbelkörpers, 9 cm bis zur sacralen Promontoriumkante). Der Körper des V. Lendenwirbels erscheint nach vorn verschoben, der 1. Kreuzwirbel nach hinten gepresst. Der 2. Sacralwirbel steht etwas mehr vor, so dass ein doppeltes Promontorium vorhanden ist. Verringerte Beckenneigung. Am Kreuzbein keine veränderte Krümmung, keine Spur einer Hydrorrhachis. Die Verschiebung der Wirbel der Lumbo-

sacraljunctur ist nur eine scheinbare. Die Bandscheibe ist erhalten bis auf ihre mittlere Partie. Die Spongiosa der Wirbel sind an den Stellen des größten Druckes bedeutend verdickt. Der Körper des letzten Lendenwirbels ist hinten zusammengepresst, seine hintere untere Kante ist schnabelförmig ausgezogen, umgekehrt ist der erste Kreuzwirbel vorn zusammengepresst und seine obere vordere Kante schnabelförmig ausgezogen und am Rande nach unten umgebogen. Die Interartikulärspalten der Wirbelbogen hat Verf. so häufig gefunden, dass er für wahrscheinlich hält, dass diese Spondylolysis eine häufige Ursache der Spondylolisthesis ist.

Pfannenstiel (Breslau).

14) **Eisenhart.** Über Ursachen und Folgen des Eihautrisses in verschiedenen Zeitpunkten

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXV. Hft. 3.)

Verf. benutzte das große geburtshilfliche Material der Münchener Frauenklinik, und zwar 2289 Geburten, bei denen der Zeitpunkt des Eihautrisses genau angegeben war. »Rechtzeitig« nennt er den Blasensprung bei vollständiger Erweiterung des Muttermundes, »frühzeitig« den in dem Zeitraum vom Beginn der Geburt bis zur völligen Erweiterung des Muttermundes, »vorzeitig« den in der Schwangerschaft erfolgenden Eihautriss.

Die Untersuchungen ergaben eine Reihe interessanter Momente, unter denen ich folgende hervorheben möchte:

1) Am häufigsten springt die Blase bei Erst- und Mehrgebärenden innerhalb der ersten Geburtsperiode, dann im Verlaufe der zweiten Periode und hierauf erst am Ende der ersten Periode bei vollständig erweitertem Muttermunde.

3) Der frühzeitige Blasensprung ist bei Primiparen häufiger als bei Pluri- (II. bis V.-) paren und Multi- (über V-) paren.

5) Der Blasensprung tritt bei Primiparen um so leichter früh ein, je älter die Kreißende ist.

6) und 9) Die Allgemeinkonstitution der Kreißenden, so wie zwischendurch auftretende Krankheiten haben keinen wesentlichen Einfluss auf den Zeitpunkt des Blasensprunges.

7) und 10) Eklampsie und Beckenenge führen meist zu frühzeitigem Sprunge.

11) Der frühzeitige Sprung ist bei fehlerhafter Kindeslage um $^1/_3$, der vorzeitige doppelt so häufig als bei Schädellagen.

13) Je schwerer das Kind, desto häufiger ist rechtzeitiger oder später Blasensprung.

15) Bei Zwillingen und bei Hydramnios ist vorzeitiger Abfluss doppelt so häufig als rechtzeitiger.

16) Die ganze Geburt dauert im Allgemeinen um so länger, je später die Blase springt.

18) Nachblutungen sind bei Erstgebärenden um so seltener, je später der Blasensprung eintritt, bei Mehrgebärenden umgekehrt um so häufiger.

Pfannenstiel (Breslau).

15) **Clara Russ.** Beiträge zur Kaiserschnittsfrage (zwei Porro-Operationen mit glücklichem Ausgange). (Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Universitätsklinik des Herrn Professor Wyder in Zürich.)

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXV. Hft. 3.)

In 2 Fällen wurde der konservative Kaiserschnitt vorgenommen, da aber nach Lösung des Gummischlauches eine in beiden Fällen bedrohliche Blutung ex atonia uteri eintrat, musste die Amputation des Uteruskörpers angeschlossen werden. Beide Male Stielversenkung und glücklicher Ausgang für Mutter und Kind. In einem Falle wurde das Wochenbett durch eine Schenkelvenenthrombose komplicirt. Die Indikation war einmal bedingte Beckenenge (Conjugata vera 7 cm), das andere Mal absolute Beckenenge (rachitisches Zwergbecken mit Conj. vera von $4^1/_2$—5 cm). In diesem Falle hatte das Kind Zeichen angeborener Rachitis. Die Uterusatonie führte Verf. nur zum Theil auf die durch den Gummischlauch

bedingte Konstriktionsanämie zurück. In einem dritten Falle war der Kaiserschnitt in Aussicht genommen wegen eines an der hinteren Wand des Uterus sitzenden cervikalen Myoms. Da jedoch nach frühzeitigem Wasserabfluss und verzögerter Eröffnungsperiode Zeichen von Infektion auftraten, wurde im Interesse der Mutter die Perforation vorgezogen. Nach Extraktion des einen Kindes wurde ein zweiter Zwilling durch Wendung und Extraktion lebend entwickelt, wobei sich die alte Erfahrung wiederum bestätigte, dass Beckentumoren noch im letzten Augenblicke nach oben ausweichen können. **Pfannenstiel** (Breslau).

16) **Auvard.** Fall von Abortus etc.

(Arch. de tocol. 1890. Januar.)

Dieser Fall ist desshalb bemerkenswerth, weil er lehrt, dass man bei stärkeren Blutungen im Gefolge eines Abortes möglichst bald den Uterus von den darin haftenden, die Blutungen bedingenden Eiresten befreien soll. A. wurde zu einer Frau gerufen, die dem Verblutungstode nahe war, der behandelnde Arzt hatte vergeblich versucht durch Bettruhe, heiße Duschen, subkutane Ergotininjektionen und Tamponade der Blutung Herr zu werden. Nachdem A. gleich den Uterus ausgeräumt hatte, stand die Blutung; der Uterus wurde mit Jodoformgaze tamponirt. Durch diesen Eingriff, welcher schon viel früher hätte geschehen sollen, wurde die Pat. gerettet. **Heyder** (Köln).

17) **Routier** (Paris). Chirurgische Behandlung der Haematocele retrouterina.

(Annal. de gyn. et de obstetr. 1890. Januar.)

Während Verf. früher zur Heilung die Laparotomie machte, ist er neuerdings Anhänger der Incision und Entleerung der Hämatocele von der Vagina aus geworden und hat gefunden, dass diese Operation einfacher und ungefährlicher ist und schneller zur Heilung führt.

Unter drei so behandelten Fällen bestand zweimal Vereiterung, bei einem der letzteren Fälle konnte R. eine Ausspülung der Entleerung nicht folgen lassen, weil der untersuchende Finger sich in der freien Bauchhöhle befand. Zur Ermöglichung des Sekretabflusses gebrauchte R. Drains oder antiseptische Gaze, welche bis zwischen die Wundränder geschoben wurde. Alle 3 Fälle heilten sehr schnell. **Heyder** (Köln).

18) **Ch. Audry** (Lyon). Über intra-uterine Tamponade nach Placenta praevia.

(Lyon méd. 1890. Mai 20.)

A. bedauert, nachdem er die Tamponade mit Jodoformgaze nach Placenta praevia 2 mit sehr gutem Erfolge, nach Versagen aller anderen Mittel, hat anwenden sehen, dass die Methode bisher bei seinen Landsleuten noch nicht die genügende Beachtung gefunden hat.

In einem Falle erfolgte die Blutung aus einem tiefen Cervixriss und wurde doch durch die Tamponade sofort mit Erfolg gestillt. Die Tamponade der Scheide hält Verf. einmal für nicht nöthig — in beiden Fällen wurde die bis zum Rand des Muttermunds gestopfte Gaze mit einigen Fingern von der Vagina aus (5 bis 10 Minuten) fixirt — und hielt dann von selbst — anderntheils wegen Empfindlichkeit der Kranken, wegen Behinderung von Urin und Stuhlentleerung sogar nicht überall anwendbar und äußerst lästig. Auch das Material, Jodoformgaze, habe gewiss seine Nachtheile; in einem der beiden Fälle konnten evidente Intoxikationserscheinungen beobachtet werden; einfach sterilisirte Gaze sei besser. Dass man bei Eintritt solcher Intoxikations- oder auch von Infektionserscheinungen den Tampon nicht 24 Stunden liegen lässt, versteht sich von selber.

Zeiss (Erfurt).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

BOSTON MEDICAL
DEC 3 1890
LIBRARY

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 47. **Sonnabend, den 22. November.** **1890.**

Inhalt: I. **L. Landau**, Klinische Beobachtung und mikroskopische Diagnose. — II. **K. Abel** und **Th. Landau**, Sarcoma Endometrii und Stückchendiagnose. — III. **Waldeyer**, Zusatz zu vorstehendem Artikel. — IV. **M. Hofmeier**, Bemerkungen zu den drei vorstehenden Artikeln. (Original-Mittheilungen.)

1) **Hasse** und **v. Zakrzewski**, Kindeslagen. — 2) **Keller**, Tubengravidität. — 3) **Stilling**, Anilinfarbstoffe als Antiseptica. — 4) **Dollinger**, Massage.

5) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien. — 6) **Sutugin**, Krebs in der Schwangerschaft. — 7) **Runge**, Schädelkonfiguration. — 8) **Schrader**, Placenta praevia. — 9) **Hartmann** und **Gundelach**, Hypoazoturie. — 10) **Taylor**, Ovariotomie, Berstung der Iliaca communis. — 11) **Bantock**, 238 Ovariotomien. — 12) **Byford**, 57 Bauchschnitte. — 13) **McMurtry**, Extra-uterin-Schwangerschaft. — 14) **Parvin**, 15) **Baldy**, Tubenschwangerschaft. — 16) **Vanderveer**, Unentdeckte Schwangerschaft. — 17) **Mundé**, Dyspareunie. — 18) **Krug**, Gynatresie. — 19) **Fernandez**, Doppelter Fötus. — 20) **Lankester**, Kurze Nabelschnur als Geburtshindernis. — 21) **Dufournier**, Atresia ani. — 22) **Faure-Miller**, Tuberkulöse Salpingitis. — 23) **Charles**, Künstliche Frühgeburt.

I. Klinische Beobachtung und mikroskopische Diagnose.

Von
Dr. **Leopold Landau** (Berlin).

In No. 38 d. Bl. legte ich Verwahrung ein gegen die Behauptung Hofmeier's im Schröder'schen Lehrbuche, ich hätte zur Sicherung der Diagnose den früher üblichen, aber gefährlichen Weg der klinischen Beobachtung allein wieder empfohlen und die bedeutende Errungenschaft der anatomischen Diagnose darum wieder verlassen, weil sie vielleicht nicht immer Alles leisten könne. Um die Unrichtigkeit dieser beweislos ausgesprochenen Behauptung darzuthun, wiederholte ich aus meinem Vortrage »Zur Diagnose und Therapie des Gebärmutterkrebses« einige Stellen.

Herr Hofmeier versucht nun in No. 41 d. Bl. den Beweis für seine Behauptung nachzuholen, indem er aus meinem Vortrage und meiner Assistenten Arbeiten Sätze aus dem Zusammenhange reißt und willkürlich deutet. Er bemüht sich darzuthun, dass ich die mikroskopische Diagnose bald nicht achte, bald auf dieselbe hohen Werth lege, freilich nur dann, wenn es sich um die Resultate der

Arbeiten meiner Assistenten handelt. In welcher Weise Herr Hofmeier hier vorgeht, wird durch folgendes von ihm angewandte Beweismittel klar.

Als untrügliches Zeichen meiner Missachtung der mikroskopischen Diagnostik hebt er ein Citat aus folgender Stelle meines Vortrages (Sammlung klinischer Vorträge No. 338) hervor:

»Da wir Grund haben zu vermuthen, dass nicht bloß Entzündungserreger, sondern auch Tuberkulose, Syphilis, Lupus schwere Formen von Ulcerationen in der Portio hervorrufen, in ähnlicher Weise wie es das Carcinom thut, uns aber ein diagnostisches Kriterium für die Art der vorliegenden Ulceration von Haus aus fehlt, so sind wir verpflichtet, mit der Behandlung nicht so lange zu warten, bis uns das Mikroskop die Diagnose lehren kann, was mancher Kranke nie erleben würde, sondern ex juvantibus et nocentibus zu diagnosticiren und zu behandeln. Man behandelt also etc., versäumt selbstverständlich nicht die mikroskopische Untersuchung.«

Herr Hofmeier hat jedoch in seinem Citat den gesperrt gedruckten Vordersatz nicht mit angeführt, sondern fortgelassen und damit den Sinn des Ganzen entstellt, und aus dem obigen Satze, welchen er beginnt »Da uns ein diagnostisches etc.« gefolgert: »L. Landau glaubt doch unzweifelhaft, dass bei verdächtigen Geschwüren die klinische Behandlung früher Aufschluss geben wird, als die mikroskopische Untersuchung; ja er glaubt sogar, dass das Leiden früher den Tod herbeiführen könne, als das Mikroskop die Natur dieses Leidens aufdecken könnte! Wenn das nicht eine Missachtung der mikroskopischen Diagnose ist, so weiß ich wirklich nicht, wie sie noch schlimmer ausgedrückt werden kann.«

Ich habe zu viel Achtung vor der Loyalität des Herrn Hofmeier, als dass ich in der Unterdrückung des ersten Passus, der das, was ich meine, erst verständlich macht, eine böse Absicht annehme. Thatsächlich aber wird durch die Unterdrückung des Vordersatzes der Sinn des Ganzen verkehrt und der Anschein erweckt, als spräche ich bloß von carcinomatösen Geschwüren. Dem aber ist nicht so, wie der von Herrn Hofmeier fortgelassene Vordersatz lehrt. Nachdem ich vielmehr ausführlich aus einander gesetzt habe, dass wir verpflichtet sind, wenn das mikroskopische Bild den typischen Bau des Carcinoms liefert, zu operiren, ging ich zur Behandlung klinisch verdächtiger Geschwüre in specie auch derjenigen, welche durch Entzündungserreger, Tuberkulose, Syphilis ähnlich wie durch das Carcinom entstehen, über. Auch heute noch behaupte ich, dass hier das Mikroskop uns in keiner Weise über den vorhandenen Grund der Reizung, d. h. über die specielle Diagnose Aufschluss zu geben im Stande ist (natürlich den Fund von Tuberkelbacillen ausgenommen). Bei all den genannten Ulcerationen zeigt der mikroskopische Schnitt kleinzellige Infiltration, Granulationsgewebe etc., kurz nichts Charakteristisches. Ich meine, bei dem

Zweifel, ob es sich bei einer solchen Ulceration nicht möglicherweise um Syphilis handelt, wird Herr Hofmeier mit der Behandlung auch nicht warten, bis ihm das Mikroskop den Bacillus der Syphilis nachweist. Er behandelt hier ganz eben so wie ich nach klinischen Symptomen und ex juvantibus et nocentibus. Auch bei den Ulcerationen anderer Art ohne charakteristischen Befund wird er, ohne dass das Mikroskop ihm den Erreger nachweist, nach den bekannten Grundsätzen verfahren. Ja, ich gehe noch weiter; auch klinisch notorische Carcinome kann es leider geben, bei denen die Stückchendiagnose, wenn man sich auf sie mehr verlässt, als auf klinische Symptome, den Kranken schädigen kann. Sehr heftige Entzündung, gerade an der Stelle des excidirten Probestückchens, das ja zufälligerweise gar nicht dem eigentlich carcinomatösen Herde entnommen zu sein braucht, kann den typischen Bau des Carcinoms vollkommen verdecken und uns nichts als Entzündung zeigen. So wenig wie ich wird Herr Hofmeier auch hier zögern, trotz des mikroskopisch-negativen Befundes, die Radikaloperation in solchen Fällen, in denen die klinischen Symptome in die Augen springen, vorzunehmen.

Wie wenig wir berechtigt sind mit unserem therapeutischen Handeln in manchen Fällen auf die mikroskopische Untersuchung zu warten, ja wie wir geradezu verpflichtet sind, auf die mikroskopische Diagnose nicht zu warten, weil dies mancher Kranke nie erleben würde, das lehrt jener traurige, berühmte Fall aus unserer neuesten Geschichte, wo gerade durch das Abwarten bis zur Sicherstellung der Diagnose durch das Mikroskop das Leben gefährdet und vernichtet wurde. Mit Recht war hier, lange bevor die mikroskopische Natur der Geschwulst als krebsartig nachgewiesen war, ja bevor der Nachweis überhaupt versucht wurde, die Diagnose ex juvantibus et nocentibus gestellt und die Radikaloperation vorgeschlagen.

Aber andererseits habe ich es an mehreren Stellen meines Vortrages unzweideutig ausgesprochen, dass überall da, wo das Mikroskop uns den typischen Bau des Carcinoms zeigt, wir verpflichtet sind, radikal zu operiren[1]. Es ist daher nicht erfindlich, warum Herr Hofmeier in dem von ihm aus der Publikation meiner Assistenten referirten Falle einen Widerspruch gegen die von mir aufgestellte Lehre sieht. Denn es handelt sich hier nicht, wie Herr Hofmeier glauben machen will, um Entzündung mit hyperplastischen Vorgängen am Drüsenepithel, sondern wie er selbst ganz richtig 2 Seiten vorher (dieses Blatt p. 726) citirt, um ausgesprochene Carcinomalveolen mit polymorphen Zellen, Vernichtung der Drüsengrenzen, also Übergreifen der Neubildung in heterogenes Gewebe. Ich kann daher beim besten Willen diesen Fall nicht unter die diagnostischen Missgriffe zählen, und es bleiben darum die von meinen Assistenten aus zahlreichen anderen und auch aus diesem Fall gezogenen Schlüsse vollauf zu Recht bestehen.

[1] l. c. p. 11.

Herr Hofmeier sucht mich dann mit einem weiteren Citat aus meinem Vortrage ad absurdum zu führen und meine Missachtung des Werthes der Mikroskopie für die Diagnose und Therapie zu beweisen. Ich hatte bei der Besprechung des Werthes einer diagnostischen Methode gegenüber einer anderen Folgendes bemerkt (p. 11): »Stellen wir also aus klinischen Gründen die Diagnose auf eine bösartige Erkrankung, ergiebt aber das Mikroskop eine gutartige Bildung und entspricht dem der Verlauf, so hat sich zweifellos das Mikroskop unserem Gefühls- und Gesichtssinn überlegen gezeigt. Dies geschieht, wenn man z. B. beim Verdacht auf Krebs der Portio eine Erosion, bei Verdacht auf Corpuscarcinom Decidua entdeckt. Schwieriger und nicht immer genau festzustellen ist der Werth mikroskopischer Diagnostik dort, wo wir umgekehrt aus klinischen Gründen eine gutartige Bildung annehmen und in denen der Mikroskopiker eine maligne Neubildung diagnosticirt.« Der Umstand, dass ich an den verschiedensten Stellen meines Vortrags hervorgehoben habe, dass wir bei dem mikroskopischen Befunde eines typischen Carcinoms (alveoläre Struktur etc.) operiren müssen und der Sinn meiner ganzen Auseinandersetzung hätte Herrn Hofmeier doch darüber belehren müssen, dass selbstverständlich hier nur von den malignen Neubildungen die Rede ist, welche ein zweifelhaftes mikroskopisches Bild liefern, wie z. B. das des beginnenden Carcinoms im anatomischen Sinne nach Ruge, über welches ich dann noch im Weiteren ausführlich gesprochen habe. Auch heute noch behaupte ich auch hier, dass in diesbezüglichen Fällen nicht der vollgültige Beweis für die carcinomatöse Natur einer Ulceration beigebracht werden kann, wenn hier nach der Exstirpation des betreffenden Uterus kein Recidiv auftritt. Wer meinen Vortrag und die Arbeiten meiner Assistenten unbefangen liest, wird den Vorwurf Hofmeier's, wir missachteten den Werth der mikroskopischen Untersuchung, daher durchaus ungerechtfertigt und in keiner Zeile die Behauptung Hofmeier's begründet finden, ich hätte den früher üblichen aber gefährlichen Weg der klinischen Beobachtung zur Sicherung der Diagnose allein wieder empfohlen.

Auf die Fehlerquellen jedoch, Trugschlüsse etc., denen wir in der mikroskopischen Diagnostik ausgesetzt sind, hinzuweisen und vor einer Überschätzung des Werthes derselben in diagnostischer und therapeutischer Beziehung zu warnen, das freilich habe ich und meine Assistenten in unseren Arbeiten versucht, und wir glauben, gerade dadurch, dass man die Grenzen der mikroskopischen Leistungsfähigkeit genauer präcisirt, die Bedeutung des Mikroskopes für Diagnose und Therapie zu erhöhen.

Zum Schluss noch Eines: Herr Hofmeier bemerkt bezüglich meiner und meiner Assistenten Verwahrungen gegen die von ihm im Schröder'schen Lehrbuch gemachten beiden Zusätze: »In so fern als beide angezogenen Bemerkungen klein gedruckt unter den Text gesetzt waren, demgemäß leicht übersehen werden konnten, kann ich

mit dieser besonderen Empfehlung und Hervorhebung meines Urtheils wohl zufrieden sein.« Ich weiß nicht, ob Herr Hofmeier glaubt, dass der sachliche Gehalt einer Mittheilung durch die Größe des Druckes beeinflusst werde, oder ob er gar meint, dass eine unmotivirte Bemerkung durch kleinen Druck entschuldigt sei; ob groß oder klein gedruckt, keinesfalls kann man es meines Erachtens billigen, wenn Herr Hofmeier das von Schröder verfasste Lehrbuch dazu benutzt, um in noch strittigen Fragen, nicht etwa Arbeiten, deren Inhalt er nicht einmal mittheilt, zu kritisiren, — sondern um in subjektiver Weise seinen Empfindungen Ausdruck zu geben.

II. Sarcoma Endometrii und Stückchendiagnose.

Von

Dr. **Karl Abel** und Dr. **Theodor Landau** (Berlin).

In No. 41 d. Bl. sucht Herr Hofmeier sowohl die Form als den Inhalt seiner in der letzten Auflage des Schröder'schen Lehrbuches enthaltenen Kritik über denjenigen Theil unserer histologischen Arbeiten zu rechtfertigen, welche über die Veränderungen des Endometrium bei Carcinom der Portio handeln. In seinen Ausführungen beschränkt er sich jedoch nicht auf dieses Thema, sondern streift gleichzeitig — fortiter in modo, suaviter in re — unsere Kritik des Werthes der Probeexcision und der histologischen Diagnose des »beginnenden« Krebses. In seiner Art zu schreiben bleibt er derselbe und mit besonderem Behagen hält er an dem Ausdrucke fest, dass die Bezeichnung der von uns beschriebenen Veränderungen als sarkomatöse Degeneration des Endometrium »sinn- und zwecklos« sei. Auch unsere Rekrimination dagegen verfällt bei ihm wieder dem Prädikat »sinnlos«. Es ist einleuchtend, eine wie große Überwindung es kosten muss, bei persönlichen Bemerkungen dieser Art einen wissenschaftlichen Streit mit Herrn Hofmeier fortzusetzen. Allein eine persönliche Unterstellung Hofmeier's dürfen wir darum nicht unbeantwortet lassen, weil sie einen Vorwurf schlimmster Art gegen unsere Ehrlichkeit enthält. Wir hatten in No. 38 d. Bl. wörtlich gesagt: »Wenn Herr Hofmeier sich auf die Herren Fränkel, Eckardt, Saurenhaus beruft, ohne auf die Sache selbst einzugehen, so erlauben wir uns diesen Namen gegenüber die Namen der Herren Waldeyer und Virchow anzuführen, die unsere Befunde bestätigten. Herr Prof. Waldeyer vertritt auch heute noch in all denjenigen Präparaten, die wir ihm vorgelegt und vom anatomischen Standpunkte aus als »sarkomatöse Degeneration« bezeichnet und beschrieben haben, unseren Befund, Deutung und Bezeichnung. Aber auch Virchow hat aus Anlass der ersten Publikation des Einen von uns in der Berliner medicinischen Gesellschaft (Verhandlungen 1888, p. 34), indem er die für drei unserer Präparate gewählte Bezeichnung »sarkomatöse Degeneration« als völlig richtig anerkannte, in der Diskussion das Wort ergriffen und darauf hingewiesen, dass die von ihm in

seinen »Geschwülsten« beobachteten Mischgeschwülste von Sarkom und Carcinom gerade für die Sarkomformen des inneren Uterus zutreffen.«

Darauf erwiedert Herr Hofmeier Folgendes (No. 44 d. Bl. p. 724): »Wenn die Herren Abel und Landau bei jeder Gelegenheit entgegen allen eingehenden und völlig übereinstimmenden Untersuchungen Anderer sich hinter die Namen Waldeyer und Virchow zurückziehen, welche angeblich (!!!) ihre Befunde, deren Deutung und Bezeichnung bestätigten und anerkannten, so müsste zunächst einmal sicher festgestellt werden, was eigentlich jene Herren anerkannt haben, in wie viel Fällen sie es anerkannt haben und wie weit sie es anerkannt haben. Und selbst wenn sie die Entdeckungen und Deutungen der Herren Abel und Landau wirklich so vollkommen mit ihrer Autorität decken wollten, wie diese Herren es glauben machen möchten (!!!) etc.«

Aus diesen Worten Hofmeier's kann geschlossen werden, dass wir nicht voll berechtigt gewesen seien, uns auf Waldeyer und Virchow zu beziehen. Und da Herr Hofmeier wünscht, die Meinungen Virchow's und Waldeyer's kennen zu lernen, so wollen wir sie ihm nicht vorenthalten:

Das Protokoll der medicinischen Gesellschaft, in welcher Virchow aus Anlass der ersten Publikation das Wort ergriff, lautet wörtlich: »Herr Virchow: Wir haben zufälligerweise gerade heute Morgen einen Fall dieser Art gehabt, so dass mir die Bilder, welche denen des Herrn Abel sehr ähnlich waren, frisch in der Erinnerung stehen. Ich möchte aber bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen, dass gerade auf diese Geschwulstformen Einiges zutrifft, was, wie ich glaube, in der allgemeinen Auffassung der Ärzte noch immer recht unbekannt ist, und was ich in dem Kapitel über Sarkom in meinen Geschwülsten erörtert habe, nämlich das Vorkommen von Mischgeschwülsten, bei dem in der That inmitten sarkomatöser Stellen Krebszellen vorkommen. Zuweilen häufen sich derartige Gemische, dann hat man also den Übergang von Sarkom zu Krebs. Ich kann nicht sagen, ob Alles das, was ich in der Abbildung des Herrn Abel gesehen habe, bloß eingeschlossene Drüsen sind. Ich will nur hervorheben, dass ich meine ersten Beobachtungen an Sarkomen des inneren Auges gemacht habe, an einer Stelle, wo von Drüsen wohl nicht füglich die Rede sein kann. Ich bin ganz sicher, dass im Laufe des Wachsthums eines Sarkoms wirkliche Degenerationen zu Krebs in ihm erfolgen können, und ich glaube, dass das auch für Sarkomformen des inneren Uterus zutrifft. Man darf in dieser Beziehung nicht zu viel auf die Untersuchung einzelner Stücke geben; es kann sehr leicht vorkommen, dass man gerade ein Stück in die Hand bekommt, das viel günstiger erscheint, als die Gesammtheit der Geschwulst zulässt.«

Es ergiebt sich aus diesen Ausführungen Virchow's, dass er die sarkomatöse Natur der ihm vorliegenden Bildungen durchaus an-

erkennt und in Erwägung zieht, ob es sich nicht bereits um einen Übergang von Sarkom in Carcinom handelt.

Herr Prof. Waldeyer, auf den wir uns direkt bezogen haben, wird Gelegenheit nehmen, seine Ansicht über die diesbezüglichen Präparate selbst auszusprechen (s. u.). Nach diesen Ausführungen kann wohl ein Zweifel über unsere Berechtigung, uns auf die Herren Virchow und Waldeyer zu beziehen, nicht mehr obwalten.

Herr Hofmeier hat nun in seiner jüngsten Publikation ganz heterogene Dinge zusammengeworfen. Der Rahmen dieses Blattes reicht indessen nicht aus, auf die strittigen Punkte mit der eigentlich nothwendigen Genauigkeit einzugehen. Es ist aber auch überflüssig, sich hier in Details zu verlieren, da wir über diese Dinge in verschiedenen Arbeiten an verschiedenen Stellen ausführlich gesprochen haben (vgl. Archiv für Gynäkologie Bd. XXLIV, XXXV, XXXVIII), so dass wir uns nur wiederholen könnten. In aller Kürze möchten wir darum noch einmal auf das principiell Wichtigste aufmerksam machen.

1) Sarkomatöse Degeneration des Endometrium bei Carcinom der Portio.

Herr Hofmeier bestreitet die Richtigkeit der Bezeichnung unseres Befundes. Er nimmt, ohne selbst Nachuntersuchungen angestellt zu haben und ohne unsere Präparate zu kennen, mit Berufung auf verschiedene andere Untersucher »an den verschiedensten Orten und einem großen Material« als sicher an, dass das, was wir als sarkomatöse Degeneration bezeichnen, von den anderen deutschen Gynäkologen als »Endometritis mit ihren eigenartigen Erscheinungen« genannt wird. Wir müssen jedoch für unseren Befund an dem gewählten Namen festhalten. Denn einmal fanden sich in den bezüglichen Präparaten die bei jeder chronischen Entzündung vorkommenden regressiven Vorgänge, wie verfettete oder im Zerfall begriffene Zellen, Zellentrümmer etc., nicht, andererseits fehlte jede Neigung zur Bildung fasrigen Bindegewebes. Das interstitielle Gewebe bestand hingegen aus großen Zügen von Spindelzellen und großen Rundzellen, die dicht gedrängt in einem zarten Bindegewebsnetze lagen, zwischen den Spindelzellen zerstreut große, platte, epithelähnliche Zellen. Derartige Gewebszonen wechselten mit Stellen kleinzelliger Infiltration ab, welche wohl als Reaktion auf die einbrechende Neubildung aufzufassen waren, was uns um so mehr darin bestärkte, den Vorgang nicht als einen entzündlichen, sondern als Neubildung anzusprechen.

Hätte Herr Hofmeier an Stelle der Bemerkung (p. 723) »nach einer wegen des leichteren Verständnisses gegebenen sanften Belehrung über die Vorgänge bei der Entzündung im Allgemeinen« (es folgt nun unsere Beschreibung der bei jeder chronischen Entzündung vorkommenden progressiven Vorgänge) aus derselben Arbeit (Archiv für Gynäkologie Bd. XXXIV p. 168) auch die 4 Zeilen vorher berücksichtigt, die den Fingerzeig für die Differentialdiagnose

geben, dass nämlich bei der chronischen Entzündung im Granulationsgewebe auch stets regressive Umänderungen statthaben, so würde er vielleicht auf seine »eigenartige« Entzündung verzichten und statt dieses unklaren Begriffes den prägnanten und den anatomischen Charakter der Bildung bezeichnenden Ausdruck »sarkomatöse Degeneration« wählen.

2) »Beginnendes« Carcinom der Portio und Stückchendiagnose.

Unsere Arbeit (Beiträge zur normalen und pathologischen Anaomie des Gebärmutterhalses. Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVIII) bringt unter Anderem eine Kritik der mikroskopischen Krebsdiagnose am Scheidentheile mit besonderer Berücksichtigung des beginnenden Krebses, und wir konnten daselbst nachweisen, dass sich beim mikroskopischen Studium der Entwicklungsgeschichte des Krebses für die jungen Carcinome eigentlich nur quantitative Unterschiede gegen das fertige, ausgesprochene Carcinom fanden. Wir konnten aber weiterhin nachweisen, dass wir Merkmale nicht besitzen, die gestatten, den Krebs in seinen allerersten Anfängen, also gewissermaßen noch bevor er die bis dahin für das Carcinom gültige Struktur und Kriterien hat, zu erkennen. Wie stellt sich Herr Hofmeier zu diesen Fragen? Er meint (p. 727): »Der fortwährend festgehaltene, künstlich konstruirte Gegensatz, dass sie (Landau und Abel) nur fertige (vielleicht klinisch beginnende) Krebse diagnosticirten, C. Ruge aber anatomisch beginnende erkennen wollte, ist doch eine Wortklauberei durchsichtigster Art!« (!!!)

Es beweist Unkenntnis der Arbeiten Ruge's anzunehmen, er habe nicht vom »beginnenden« Carcinome im anatomischen Sinne gesprochen, denn es wäre absurd, anatomisch, d. h. hier mikroskopisch überhaupt von einem beginnenden Krebse zu sprechen, wenn damit nicht das Stadium der Entwicklung des Krebses gemeint wäre, welches dem fertigen Krebse voraufgeht. In der That hat Ruge versucht die Entstehung des Krebses zu studiren und nicht nur eine, sondern mehrere Formen angegeben, wie derselbe sich bildet. Wir sind auf diese Streitfragen des Genaueren in unserer letzten Arbeit (Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVIII) eingegangen und können hier nur auf dieselbe verweisen. Wir kamen dort zu dem Schlusse, dass sämmtliche von Ruge angegebenen Kriterien für den anatomisch beginnenden Krebs einer Kritik nicht Stand halten, weil die Bilder, die Ruge für den »beginnenden« Krebs angiebt, zwar innerhalb des Bezirkes eines Alveolärcarcinoms vorkommen können, aber von Bildungen völlig gutartiger Natur nicht zu unterscheiden sind.

Es ist eben so wenig eine Wortklauberei und ein eben so großer Unterschied zwischen »beginnendem« und jungem Krebs im anatomischen Sinne, wie zwischen einem eben befruchteten Ei und einer fertigen Frucht. Bekanntlich unterscheidet sich das ganz junge Ei eines Kaninchen nicht von dem eines Menschen: erst bei einem

bestimmten Stadium der Entwicklung ist die Differenzirung möglich. Ein ganz ähnliches Verhalten zeigen viele heterogene pathologische Affektionen, wie Syphilis, Lupus, Carcinom etc. Und wir glauben, dass erst, wenn der Erreger des Krebses eben so bekannt sein wird, wie der der Tuberkulose, man einen »beginnenden« Krebs wohl durch Nachweis des specifischen Erregers, aber nicht durch den Nachweis einer bestimmten Änderung der Gewebsstruktur wird diagnosticiren können.

III. Zusatz zu vorstehendem Artikel.

Von

Prof. **Waldeyer** (Berlin).

Mit Bezug auf den Absatz in der Mittheilung Hofmeier's »Sarcoma Endometrii und Stückchendiagnose« Centralblatt für Gynäkologie, No. 41 p. 724, welcher beginnt: »Wenn die Herren Abel und Landau bei jeder Gelegenheit entgegen allen eingehenden und völlig übereinstimmenden Untersuchungen Anderer sich hinter die Namen Waldeyer und Virchow zurückziehen« etc., gestatte ich mir nachstehende Bemerkung, um kein Missverständnis über meine Stellung zu den Abel'schen Untersuchungen aufkommen zu lassen.

Abel hat mir sämmtliche Präparate, welche in seiner Arbeit: »Über das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Carcinom der Portio«, Archiv für Gynäkologie XXXII, welche der Ausgangspunkt des obschwebenden Streites geworden ist, vorgelegt. Ich habe mir dieselben, wie auch die Uteri, von denen sie stammten, sehr eingehend und genau zu wiederholten Malen angesehen; ich habe ferner mit Abel, welcher seit Jahren im hiesigen I. anatomischen Institute arbeitet, öfters die einschlägigen Fragen besprochen. Ich kann die Auffassung, welche er von vorn herein über die von ihm als »sarkomatöse Degenerationen« bezeichneten Fälle hatte und mir bei der ersten Vorlage der betreffenden Präparate aussprach, nur theilen und habe dies auch Abel gegenüber mehrfach bestimmt erklärt. Wir haben uns nicht schnell entschlossen ein »diffuses Sarkom« oder, wenn man lieber will, eine »sarkomatöse Degeneration« der Uterusschleimhaut anzunehmen und zu proklamiren, sondern erst nach reiflicher Erwägung. Die Fälle VI und VII zeigten ein ganz anderes Gepräge der Mucosa corporis uteri als die übrigen, namentlich I und II. Bei VI und VII war keinen Augenblick zu zweifeln, dass wir Veränderungen vor uns hatten, die man als chronisch entzündliche zu bezeichnen pflegt. Ich nehme aber Anstand noch solche Veränderungen als »entzündliche« zu bezeichnen, welche zur Bildung umfangreicher Massen von gleich geformten, bestimmt angeordneten, keine Spur degenerativer Veränderungen zeigenden Zellen führen. Sind diese Zellen spindelförmig von ansehnlicher Größe, in Zügen angeordnet, so weiß ich keine Bildung, der sie mehr entsprechen als das »Spindelzellensarkom« oder bei mehr rundlicher Form der Zellen,

wenn diese alle einander in Größe und Gestalt gleichen oder doch sehr nahe kommen, als das »Rundzellensarkom«, sobald in beiden Fällen ein bindegewebiger Ursprung der Zellen anzunehmen ist. Bekanntlich lässt sich mit Recht fragen, wo die Grenze zwischen den sogenannten chronisch entzündlichen Wucherungen und den bindegewebigen Neoplasmen sei. Meinerseits halte ich daran fest, dass man Veränderungen, wie sie von Abel namentlich in seinen Fällen I und II beschrieben sind, anatomisch als »sarkomatöse Wucherungen« und nicht als chronisch entzündliche Processe zu bezeichnen habe.

IV. Bemerkungen zu den drei vorstehenden Artikeln.

Von

M. Hofmeier (Würzburg).

Die vorstehende Erklärung von Herrn Geheimrath Waldeyer wird, glaube ich, allseitig sehr willkommen geheißen werden, in so fern als sie nur nach allen Richtungen klärend wirken kann. Herr Geheimrath Waldeyer glaubt vom anatomischen Standpunkt aus die Veränderungen der Mucosa corporis bei Carcinom am Cervix uteri in den Fällen I und II der Abel'schen Arbeit (Archiv für Gynäkologie Bd. XXXII) am passendsten mit dem Ausdruck der sarkomatösen Entartung bezeichnen zu müssen. Während Fall VI und VII direkt ausgenommen werden, wird für die übrigen Fälle die Möglichkeit einer solchen Bezeichnung wenigstens zugelassen. Von späteren Präparaten erwähnt Herr Waldeyer nichts, und es bleibt natürlich somit die Möglichkeit bestehen, dass es sich in den beiden erwähnten Fällen wirklich um echte Sarkome der Schleimhaut gehandelt hat, wenn schon dieses Vorkommen von 2 Fällen von Carcinom des Cervix mit Sarkom der Körperschleimhaut hinter einander zu den merkwürdigsten Vorkommnissen gehören würde. Diese Möglichkeit ist freilich ja nicht zu bestreiten. Herr Waldeyer fügt leider nichts darüber bei, ob es sich seiner Ansicht nach um echte, bösartige Sarkome gehandelt habe, d. h. solche, wie wir sie ausschließlich bis jetzt am Uterus kennen. Wäre dieses der Fall, so läge eben eine Häufung von anatomischen Raritäten seltenster Art vor. Dass dies aber unter 8 Fällen von Carcinoma cervicis 6mal, unter weiteren 10 Fällen wieder in »einigen Fällen« sich ereignet habe, und »als immer wiederkehrender Befund« (s. L. Landau Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVI. p. 185) festzustellen sei, wie die Herren Abel und Landau behauptet haben, dies werden einstimmig alle praktischen Gynäkologen als unmöglich bezeichnen. Ist aber dieser »immer wiederkehrende Befund« derselbe gewesen, wie in den Fällen I und II, dann müsste diese sarkomatöse Degeneration als eine gutartige im klinischen Sinne bezeichnet werden, und wir kämen dann zu den vom anatomischen Standpunkt aus völlig undefinirbaren, vom praktischen aus völlig

unannehmbaren Begriffen einer gutartigen und einer bösartigen sarkomatösen Entartung der Schleimhaut des Uterus. Denn die anatomische Bezeichnung ist von dem klinischen Begriff in diesem Fall einfach nicht zu trennen! Darum glaube ich nicht fehl zu gehen, wenn ich sage, dass trotz der hohen Autorität von Herrn Waldeyer die praktischen und klinischen Gynäkologen diese Bezeichnung ablehnen werden und müssen, sobald sie nämlich von den ausdrücklich als solchen bezeichneten 2 Fällen der ersten Abelschen Arbeit verallgemeinert werden sollte. Wie weit dies mit allen Konsequenzen in den Veröffentlichungen der Herren Abel-Landau geschehen, ist ja hinreichend bekannt. Uns bleibt nichts übrig, als mit Ruge so zu definiren, dass bei gewissen Ernährungsstörungen des Uterus — seien sie nun progressiver oder regressiver Art — Veränderungen der Uterusschleimhaut vorkommen können, die den sarkomatösen ähnlich sind, desswegen aber doch eben so wenig Sarkome sind, wie z. B. die decidualen (s. Ruge, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVI. p. 179).

Wie weit die Herren Abel und Th. Landau berechtigt sind aus der oben protokollarisch angeführten Äußerung Virchow's die generelle Billigung und Vertretung ihrer Befunde und Deutungen seitens dieses Autors in Anspruch zu nehmen, darüber mag sich nun jeder Leser selbst ein Urtheil bilden. Ich wiederhole nochmals, dass außer den bekannten Autoren (Eckardt, Fraenkel, Saurenhaus) auch Orthmann, Schauta, Doederlein u. v. A. umfangreiche histologische Nachuntersuchungen angestellt haben, ohne auf andere Veränderungen zu stoßen, als die allgemein als chronisch entzündlich bezeichneten. Die Flagge mit dem »Sarkoma Endometrii« mit seinem »vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus« wirkenden Zwang zur Totalexstirpation des Uterus scheint seitens der Herren Abel-Landau jetzt allerdings endgültig heruntergeholt und durch die mildere »sarkomatöse Entartung« ersetzt zu sein, die sich von den chronisch entzündlichen Processen nur dadurch unterscheidet, dass man bei diesen letzteren neben den produktiven, auch regressive Vorgänge »wie verfettete und im Zerfall begriffene Zellen, Zellentrümmer etc.« findet! Damit ist dieser Zwischenfall wohl erledigt!

In wie fern die Behauptung der Herren Abel-Landau zutrifft, dass das »beginnende« Carcinom Ruge's ihrem »jungen« Carcinom so gleiche, wie »ein befruchtetes Ei der fertigen Frucht«, muss dem speciellen Studium überlassen bleiben, da die Autoren mir Unkenntnis der Arbeiten Ruge's vorwerfen, und ich mich nicht berufen fühlen kann, die Arbeiten dieses Autors authentischer zu interpretiren wie jeder Andere, vor Allem er selbst. Woher wissen aber die Autoren, dass das Carcinom ein »Vorstadium« hat, ähnlich wie Syphilis, Lupus etc., wenn sie es zugleich für völlig unmöglich erklären, dasselbe mikroskopisch oder klinisch nachzuweisen? Von welchem Stadium der Entwicklung an ist dénn die Differenzirung möglich? Und wer hat dieses angenommene »Vorstadium« des Carcinom unberech-

tigt für Carcinom erklärt? Wenn die Arbeit im XXXVIII. Bande des Archivs für Gynäkologie hierauf eine Antwort geben soll, so haben noch Andere, wie ich, hier nur einen Streit gegen Windmühlen gefunden.

Zu den Bemerkungen des Herrn L. Landau möchte ich nur zufügen, dass man doch nicht ganze Arbeiten wieder abdrucken kann, sondern stets darauf angewiesen ist, besonders charakteristische Sätze aus dem Zusammenhang zu nehmen, wenn man auf die darin enthaltenen Ansichten verweisen will. Dass ich dieselben aber willkürlich gedeutet hätte, wird wohl Niemand weiter finden, da dieselben eine mehrfache Deutung gar nicht zulassen. Wenn sie unvereinbare Widersprüche enthalten, ist es nicht Schuld einer besonderen Deutung.

Den gesperrt gedruckten Satz habe ich freilich absichtlich fortgelassen, um nicht zu ausführlich zu werden, da ich durchaus nicht einsehen kann, wie der Sinn der Ausführung dadurch geändert werden soll. Es ist doch selbstverständlich, dass von vorn herein nicht nur von carcinomatösen Ulcerationen die Rede sein kann, da — dies von vorn herein angenommen — man sich mit der Feststellung der Diagnose nicht lange aufzuhalten brauchte! Eben so selbstverständlich aber ist es dem ganzen Zusammenhang nach, dass es bei der mikroskopischen Untersuchung sich hier nur um Bestätigung oder Ausschluss der Diagnose »Carcinom« handeln kann, nicht aber um Lues oder andere Dinge. Wie Herr Landau aber die auch hier noch vertretene Anschauung: dass selbst »klinisch notorische« Carcinome bei geeigneter mikroskopischer Untersuchung gelegentlich nicht erkannt werden könnten, mit derjenigen vereint, die aus seinem Handeln spricht, dass man aus excidirten Stückchen einer unverdächtig aussehenden Portio so sicher Carcinom diagnosticiren könne, dass man die Totalexstirpation darauf gründet, ist mir allerdings nicht verständlich. Wir sprechen doch selbstverständlich hier von Uteruscarcinomen, nicht von Kehlkopf- oder Magen- oder sonstigen Krebsen! Niemand, glaube ich, kann mehr von dem Mikroskope verlangen oder hat je mehr von ihm verlangt, als dass es an einer unverdächtigen Portio bereits mit Sicherheit Carcinom nachweist! Das scheint mir die äußerste Grenze der mikroskopischen Leistungsfähigkeit! Und wenn Herr Landau meint, dass »seine und seiner Assistenten Arbeiten nur dazu beitragen sollten, diese letzteren zu präcisiren, um dadurch die Bedeutung des Mikroskops für Diagnose und Therapie zu erhöhen«, so werden wir nach dieser glänzenden Bewährung der mikroskopischen Diagnostik in ihrer Hand zugeben müssen, dass ihnen dies in ausgezeichneter Weise gelungen ist, und ich werde gern in einer etwaigen neuen Auflage des Schröder'schen Lehrbuches die monirte Stelle entsprechend abändern. Wenn man aber aus den früheren Veröffentlichungen von Herrn L. Landau (außer vielen anderen Stellen) z. B. liest (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVI p. 185): »Ich möchte nur sagen, dass ich von

dem Werth mikroskopischer Untersuchungen ausgekratzter Partikelchen für unsere Praxis, je mehr ich mich damit beschäftige, eine immer bescheidenere Meinung gewinne«, so konnte wirklich Niemand auf die Idee kommen, dass hierbei die Absicht obwaltete, die Bedeutung des Mikroskops für die gynäkologische Diagnose zu erhöhen. Nachdem sich aber nun die Herren L. Landau und seine Schüler durch eigene Erfahrungen von den ausgezeichneten Diensten überzeugt haben, welche selbst bei dem Versagen aller klinischen Anhaltspunkte das Mikroskop zuweilen leisten kann, werden hoffentlich aus ihren Arbeiten die Versuche fortbleiben, die mit denselben Hilfsmitteln erzielten Diagnosen Anderer zu diskreditiren, wie außer in den von mir bereits hervorgehobenen Stellen (No. 41 d. Bl.) z. B. noch in ihrer letzten Arbeit (Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVIII p. 291 u. f.) in sehr — bezeichnender Weise geschieht; dessgleichen die freundlichen Rathschläge in Bezug auf partielle Operationen, Holzessigbehandlung etc. etc.!

Schließlich sei es mir gestattet, noch einmal zu bemerken, dass ich ein im Wesentlichen zum Gebrauch für Studenten bestimmtes Lehrbuch nicht für den geeigneten Ort halte, um darin Arbeiten mit einem meiner Ansicht nach unsicheren wissenschaftlichen Inhalt ausführlicher anzuführen und zu kritisiren. Im Übrigen aber möge Herr L. Landau die Frage, in welchem Sinne das Schröder'sche Lehrbuch weitergeführt werden soll, ruhig dem Herrn Redakteur des Ziemßen'schen Werkes, der Verlagsbuchhandlung von F. C. W. Vogel in Leipzig und mir überlassen!

---

1) **Hasse** und **v. Zakrzewski** (Breslau). Das menschliche Becken und die normalen Kindeslagen bei der Geburt.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIX. Hft. 1.)

Von der Voraussetzung ausgehend, dass die Häufigkeit der ersten Schädellage bedingt sein könne durch die Häufigkeit des sogenannten linksskoliotischen Beckens — die meisten Menschen haben eine geringe rechtsseitige Skoliose der Wirbelsäule und dem entsprechend eine geringe linksseitige Skoliose des Kreuzbeins und damit des Beckens —, untersuchten die Verff. ohne vorherige Kenntnis der Kindeslagen 184 Schwangere: von diesen hatten 100 ein derartig linksskoliotisches, 64 ein rechtsskoliotisches Becken und bei 20 ließen sich keine merklichen Asymmetrien nachweisen. Für die erstgenannten wurden 70 richtige und 30 falsche Diagnosen gestellt, von diesen waren bei den ausgeprägten Skoliosen 40 richtig und 22 falsch, bei den schwach ausgeprägten dagegen 30 richtig und nur 8 falsch gestellt. Bei den Zweitgenannten wurden 21 richtige und 43 falsche Diagnosen gestellt. Von den Letztgenannten endlich hatten 18 in erster und 2 in zweiter Schädellage geboren. Ein Einfluss der gewohnheitsmäßigen Körperlage während des Schlafs ließ sich nicht konstatiren. Wenn also die meist vorhandene Asymmetrie des

Beckens die Kindeslage nicht vollständig erklärt, so finden die Verff. die Gründe für das Vorwiegen der I. Schädellage in der Linkslage des Mastdarmes, in der dadurch bedingten Lage des Uterus und in der Gestaltung des gesammten Beckenraumes. Die Linksskoliose des Beckens bildet dabei nur ein begünstigendes Moment. Die den Beckeneingang begrenzenden Weichtheile, welche 1—2 cm über die Linea innominata hervorspringen, bilden mit den frei bleibenden Theilen des knöchernen Beckeneinganges die »obere Beckenenge«, ein Trapez, in welches sich der Kopf am besten mit dem Hinterhaupt in dem weitesten Theile nach links vorn einstellt. Die verhältnismäßig große Zahl der falschen Diagnosen bei ausgesprochenen Linksskoliosen (20 : 40) gegenüber der geringen Zahl bei wenig ausgesprochenen (8 : 30) glauben sie dadurch erklären zu können, dass bei ausgeprägter Asymmetrie die Becken weiter sind, und desshalb jede andere Lage eher gestatten, als die weniger geräumigen Becken der anderen Kategorie, welche die beste Ausnutzung des Raumes nur auf eine Weise gestatten.

Carle (Göttingen).

---

2) **Keller** (Berlin). Zur Diagnose der Tubengravidität.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIX. Hft. 1.)

Die Diagnose der Tubengravidität lässt sich aus dem mikroskopischen Nachweis von Chorionzotten oder deren Umwandlungsprodukten sicher stellen. Das Fehlen solcher auf Schnitten der größten Meridianebene spricht noch nicht gegen die Diagnose, da sie an anderen Stellen noch vorhanden sein können. Das Zottenepithel wird durch die Blutung entweder theilweise oder ganz abgehoben; das noch haftende Epithel wird entweder parenchymatös getrübt, quillt nachträglich auf und zerfällt, wobei der Kern lange erhalten bleibt, oder der Kern geht früh zu Grunde und die Epithelschicht wird zu einem homogenen Streifen. Die Grundsubstanz der Zotten wird bald körnig, bald streifig getrübt und die Stromazellen verlieren die Färbbarkeit des Kernes, d. h. gehen zu Grunde. Eine bestimmte Reihenfolge dieser Zerfallserscheinungen lässt sich aber nicht konstatiren. Die Blutgefäße der Zotten liefern kein diagnostisches Merkmal, da Lücken im Fibringerinnsel des Blutergusses dasselbe Bild liefern. Der Nachweis von Deciduazellen gelingt nicht immer und bietet desshalb kein unterscheidendes Merkmal, nur nach erfolgter Ausstoßung des Eies in die Bauchhöhle ist ihr Vorhandensein beweisend. Die Möglichkeit ist nicht abzuweisen, dass ein bestehendes Tubenhämatom, in dem weder Chorionzotten noch Deciduazellen nachzuweisen sind, trotzdem von einer Tubengravidität herrührt, deren Merkmale mit der Zeit völlig zerstört sind.

Carle (Göttingen).

---

3) J. Stilling. Anilin-Farbstoffe als Antiseptica und ihre Anwendung in der Praxis.

Straßburg, K. J. Trübner, 1890. Erste Mittheilung.

Ausgehend von der Thatsache, dass Mikroorganismen dadurch, dass ihr Protoplasma sich mit einem Farbstoffe intensiv färbt, getödtet werden, hat S. reichliche Versuche mit Anilinfarbstoffen unternommen und letztere in botanischer, bakteriologischer und therapeutischer Hinsicht eingehend geprüft. Überraschend günstige Resultate zeigten sich in der That, namentlich bei Anwendung des von S. Pyoktanin benannten Methylviolettes, welches in einer Koncentration von 1 : 64 000 schon im Stande ist, Eiterkokken zu vernichten; übertroffen wird dasselbe noch von dem Äthylviolett, welches jedoch wegen hohen Arsenikgehaltes sehr giftig wirkt. Kleister, Butter, Milch etc. mit 2‰igem Methylviolett versetzt, bleiben unzersetzt; Fleisch, damit begossen, fault selbst im Brutofen nicht, die Diastase wird gehemmt.

Kaninchen vertragen bei subkut. Injektion 20 cm und mehr einer 1‰igen Methyllösung; bei Injektion in die Bauchhöhle nur bis zu 10 g, größere Menge wirkt tödlich, wahrscheinlich durch Färbung und dadurch Lähmung wichtiger Nervencentren. Anilinfarbstoffe gehen in die Blutbahn über, werden aber schnell wieder ausgeschieden, ohne das Blut zu verändern. Kaninchen fressen Methyllösung grammweise ohne Störung und entleeren alsdann tiefblaue Fäces; in die Lungen lassen sich große Mengen ungestraft injiciren.

Es lag S. als Prof. der Augenheilkunde nahe, zuerst Versuche in diesem Zweige der Heilkunst zu machen; dieselben fielen allerdings überraschend genug aus. S. konnte durch einmaliges Einträufeln von Anilinlösung eitrige Hypopyokeratitis koupiren; hartnäckige skrofulöse Cornealgeschwüre heilten bei Anwendung von Methylviolett in einem Tage, eben so andere Ulcerationen, Conjunctiviten, Ekzeme der Lider in sehr kurzer Zeit. Die Aniline haben die gute Eigenschaft, rasch, ohne mit den Gewebssäften Niederschläge zu bilden, in die tieferen Schichten zu diffundiren und da zu wirken; hieraus erklären sich auch S.'s Erfolge bei Keratitis parenchymat., Iritis, Chorioditis disseminata und anderen tieferen Augenleiden.

Bei eitriger Nagelbettentzündung, Panaritien, Brandwunden, Beingeschwüren waren die Erfolge sei es durch Anwendung einer 1—5‰igen Lösung oder aber von Methylviolett in Substanz (in Form von Stiften, Streupulver etc.) nicht weniger ermuthigend. Näheres über Dosirung etc. folgt in einer nächsten Mittheilung. Die am besten verwendbaren Präparate werden in chemisch reiner Form von Merck in Darmstadt in den Handel gebracht.

F. Spaeth (Hamburg).

4) **J. Dollinger** (Budapest). Die Massage. Für Ärzte und Studirende.

Stuttgart, F. Enke, 1890.

In dem D.'schen Buche hat E. Berczeller die Bearbeitung der Massage in der Gynäkologie übernommen.

Nach kurzer geschichtlicher Einleitung giebt der Verf. eine klare, leichtverständliche, durch Studien bei Th. Brandt und eigene Prüfung gewonnene Beschreibung der Thure Brandt'schen Methode. Er scheidet sie streng in 2 Theile: — lokale Behandlung und Gymnastik — welche zur Erreichung eines Heilerfolges vereint sein müssen. An die anschaulich beschriebenen, durch eine Reihe guter Abbildungen erläuterten Einzelabschnitte schließt B. eine sachliche Kritik derselben an, und sucht den Werth des Verfahrens weniger in der den Erwartungen nicht voll entsprechenden Prolapsbehandlung, als in der Entfernung von Entzündungsprodukten und Lösung von Verwachsungen, ganz besonders in der Heilgymnastik. Die Kenntnisnahme der durch kritische Klarheit ausgezeichneten Arbeit B.'s ist Jedem an dieser Tagesfrage Interessirten zu empfehlen.

F. Spaeth (Hamburg).

Kasuistik.

5) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung am 14. Januar 1890.

Vorsitzender: C. v. Braun; Schriftführer: Felsenreich.

Koehler demonstrirt: a) einen seltenen, später ausführlich zu beschreibenden Fall von Syndaktylie;

b) aus der Klinik Albert's ein nach der Methode Hochenegg-Kraske operirtes Uteruscarcinom bei einer 51jährigen Pat., die seit ½ Jahre an Vaginalblutungen leidet. Die Portio vaginalis des retrovertirten, frei beweglichen Uterus ist durch ein faustgroßes, leicht blutendes Neoplasma ersetzt. Zur Operationsmethode wäre zu erwähnen, dass das Peritoneum mit fortlaufender Naht vereinigt, die in gesundem Gewebe abgetragene Vagina, nachdem sie mit 14 Knopfnähten vernäht, durch die in ein Bündel gefassten Nahtenden evertirt wurde. Das so vernähte Scheidenrohr bildete dann einen kleinen Prolaps in die erhaltene Scheide. Dadurch gelingt es die Höhle nach unten fest abzuschließen, nach oben zu besorgt dies das genähte Peritoneum, nach vorn ist die Wundhöhle von retrovesikalem Gewebe begrenzt und nach hinten wird sie drainirt. Bei diesem Vorgehen konnte Pat. bereits am 9. Tage herumgehen; durch diese kürzere Heilungsdauer wird aber die Methode weiter eingebürgert und auch in Fällen anzuwenden, in denen die vaginale Totalexstirpation noch ausführbar wäre.

Peters referirt über 2 Fälle von Perineorrhaphie nach Lawson-Tait (Schnittführung mit Skalpell, vertikale Schnitte nach auf- und abwärts, 8—11 Seidennähte mit krummen Nadeln) in unmittelbarem Anschlusse an die Geburt. Einmal prima intentio, das zweite Mal (vielleicht wegen vorhandener Lues) nur partielle Heilung. Der Vortragende ist der Ansicht, dass bei exakter Ausführung, bei vollkommener Aseptik und beim Fehlen irgend welcher das Puerperium voraussichtlich störender Komplikationen diese Operationsmethode wegen der Schnelligkeit der Ausführbarkeit zu empfehlen sei.

Herzfeld demonstrirt die 65jährige F., bei der vor 30 Jahren die galvanokaustische Amputation der carcinomatösen Vaginalportion (mikroskopisch von

Wedl diagnosticirt) vorgenommen wurde. Seitdem ist Pat. gesund, die inneren Genitalorgane vollkommen normal. Ferner die 59jährige T., bei der vor 11 Jahren wegen Carcinom die gleiche Behandlung stattgefunden und bis jetzt volle Heilung gebracht hatte. Jetzt fand sich ein haselnussgroßes Carcinom an der Harnröhrenmündung, das exstirpirt wurde. Da die inneren Genitalien frei von Recidiven sind wird diese neue Erkrankung als zweites selbständiges Auftreten des Carcinoms an entferntem Orte aufgefasst.

Jahoda: Graviditas extra-uterina, Laparotomie, Heilung. Bei der 35jährigen Pat. fand sich hinten und rechts vom leicht vergrößerten und anteflektirten Uterus ein kleinkindskopfgroßer, über die Mitte zwischen Nabel und Symphyse reichender, das hintere Scheidengewölbe vorwölbender, elastischer, sehr druckempfindlicher Tumor. Prof. Salzer laparotomirt, der Tumor, allenthalben mit dem Peritoneum verwachsen, platzt bei der stumpfen Loslösung, der 17 cm lange Fötus so wie serös-eitrige Flüssigkeit treten in die Bauchhöhle aus; Toilette, Drainage nach der Vagina. Fieberhafter Verlauf, Entlassung nach $3^1/_2$ Monaten. Das abdominale Ende der Tube geht in den aus dicken Pseudomembranen gebildeten Sack über; Ovarium an der Hinterseite desselben. Placenta sitzt an der hinteren Wand.

Sitzung am 11. Februar 1890.

Vorsitzender: C. v. Braun; Schriftführer: Felsenreich.

G. Braun stellt 3 Fälle von geheilten Porro-Operationen vor. Im 1. Falle handelte es sich um unbedingte Anzeige in Folge eines Osteosarkom vom linken absteigenden Ast des Schambeines ausgehend: nach eintägigem Kreißen inkomplete Ruptur des unteren Uterinsegmentes, die beim Versuche, die Frucht nach gemachter Längsincision manuell zu extrahiren, komplet wird. Lebendes Mädchen (51, 3200). Heilung durch Cystitis und hypostatische Pneumonie gestört. — Zu den beiden anderen Fällen gab »Osteomalacie« die Veranlassung; einmal war die Pat. erst im 6. Lunarmonat gravid, aber wegen der hochgradigen Verengerung musste doch, als die Geburt um diese Zeit in Gang kam, die Sectio caes. ausgeführt werden. Frucht (30, 1000) wird Abends entwickelt. Der Harn der Pat. ist schwach alkalisch, spec. Gewicht 1015, Sediment besteht aus Tripelphosphaten, einselnen Lymphkörperchen und Plattenepithelzellen. Phosphorsaure Alkalien 1,59 g gebunden an alkalische Erden 0,448, Harnmenge 1120 cm. Das andere Mal wurde ein reifes Kind (53, 3600) entwickelt und ein nahezu afebriles Wochenbett erzielt.

Egon v. Braun demonstrirte 2 Präparate: Eines stammt von einer Pat., bei der sich neben multiplen Fibromen des Uterus eine Schwangerschaft von 3 Monaten fand; Laparotomie, supravaginale Amputation des Uterus, extraperitoneale Stielversorgung; Fötus in Beckenendlage, dessen Körper durch die die Uterushöhle nahezu obturirenden Fibrome stark komprimirt wurde. — Das 2. Präparat, durch vaginale Totalexstirpation gewonnen, zeigt im Cervix einen nussgroßen medullaren Carcinomknoten (ganz circumscript) neben einem großen Blumenkohlgewächs der Portio.

Herzfeld zeigt einen Fall von Hermaphroditismus externus masculinus mit Hypospadie des Penis, Spaltung des Scrotums und Kryptorchismus, geboren von einer 13jährigen Mutter.

Felsenreich empfiehlt den Gebrauch des von Alex. Brenner zur Ureteren-Sondirung angegebene gerade gefensterte Cystoskop auf Grund von damit angestellten Versuchen bei operativen Eingriffen zur Vermeidung einer Ureteren-Verletzung, wie zur Gewinnung des Harnes nur einer Niere etc.

Chrobak demonstrirt a) das bei Kehrer in Heidelberg übliche Holzkästchen, um Studirende in der digitalen Untersuchung zu üben;

b) einen Phosphatstein von 3 und $4^1/_2$ cm Durchmesser, den er nach Erweiterung der Urether mittels Hartkautschukdilatatoren durch Zertrümmerung entfernte. Gelegentlich dieser Demonstration erwähnte Verf. das seltene Vorkommen von Steinen in der weiblichen Blase, indem er sich nur 7 Fälle aus seiner Praxis erinnere, bei einem dieser Fälle verursachte der Stein dysmenorrhoische Erschei-

nungen, so dass Pat. von verschiedenen Fachmännern gynäkologisch behandelt wurde.

C. v. Braun erinnert sich nur 2 Steine aus der weiblichen Blase und 1 aus der Scheide bei Hypospadie entfernt zu haben.

Dittel fand, dass die Mehrzahl der Steine bei Frauen sich um Fremdkörper gebildet hatten; in einem Falle erlebte er hinter einem künstlichen Scheidenverschluss Steinbildung; der Qualität nach sind es meist Phosphate; blutiger Harn ist aus anatomischen Gründen seltener als bei Männern; meist genügt Dilatation der Urethra und Verkleinerung des Steines, nur einmal musste er die Blase von der Scheide her eröffnen.

G. Braun musste einen sub partu eingekeilten, kleinhühnereigroßen Stein vorerst reponiren, um die Frucht extrahiren zu können. Pitha entfernte nachträglich den Stein.

Sitzungen am 11. März und 15. April 1890.

Vorsitzender: C. v. Braun; Schriftführer: Felsenreich.

Chrobak demonstrirt einen durch den Nachweis von Tuberkelbacillen sichergestellten Fall von Tuberkulose der Vaginalportion.

Weiss zeigte eine Frau, bei welcher er 3 Tage p. p. die Tait'sche Operation wegen inkompleten Dammrisses vorgenommen hatte, und ein in Knielage geborenes Kind.

G. Braun hält a) einen Vortrag über die sanitären Verhältnisse an der III. geburtshilflichen Klinik, während des Zeitraumes vom 16. April 1889 bis 31. März 1890 bei 2708 Geburten, nachdem vorher wegen einer Puerperal-Endemie die Klinik durch 46 Tage gesperrt worden war. Bei der beschränkten Aufnahme entfielen von den 8658 Geburten sämmtlicher 3 Kliniken nur 29,37% auf die dritte (die erste hatte 35,74, die zweite 34,89%), dabei betrug die Morbidität 4,06, die Mortalität 0,36%, transferirt wurden 7 Wöchnerinnen. Besucht wurde die Klinik von 178 Hebammenschülerinnen.

b) demonstrirt ein mannskopfgroßes Myom des Uterus, das durch seine Lagerung am Beckenkanale und durch seine Ausbreitung in der Kreuzbeinaushöhlung zur operativen Entfernung Veranlassung gab, da Pat. sich über Störungen in der Harn- und Darmausscheidung beklagte und häufige Metrorrhagien auffallende Schwäche verursachten.

C. v. Braun bringt die Methoden zur Einleitung von künstlicher Frühgeburt zur Besprechung und weist darauf hin, dass bei Wahrung der antiseptischen Kautelen die Bougirung des Uterus neben dem tiefen Eihautstich die besten Resultate ergebe. Als eine Modifikation der Bougirung erwähnt er das Einschieben von 10 cm langen Jodoformstiften zwischen Eisack und Decidua.

G. Braun war mit dem Eihautstich immer zufrieden; die Katheterisation des Uterus vermeidet er seit 15 Jahren wegen Furcht vor septischer Endometritis; von der Dilatation des Collum mittels Jodoformgaze sah er keinen Erfolg.

Rokitansky hat mittels Jodoformstiften, allerdings erst am 7. Tage, künstlichen Abort erzielt.

Felsenreich versuchte die Einlegung von Jodoformstiften in mehreren Fällen von unstillbarem Erbrechen, die Methode erwies sich aber als unzuverlässig. Freilich darf man nie vergessen, dass die Erregbarkeit des Uterus überhaupt sehr verschieden ist und so kann man auch bezüglich der Catheterisatio uteri und des tiefen Eihautstiches die Erfahrung machen, dass die Wehenthätigkeit ausbleibt. Erst in den letzten Wochen beobachtete er einen Fall, in welchem der Uterus durch 48 Stunden katheterisirt wurde, ohne dass Wehen eintraten; da inzwischen die Indikation zur Einleitung des Abortus entfiel, wurde das Bougie entfernt und bis jetzt (3 Wochen) blieb die Gravidität ununterbrochen; in einem anderen Falle führte F. im 5. Schwangerschaftsmonate den Eihautstich aus, vier Wochen später war die Geburt trotz fortwährenden Fruchtwasserabflusses noch nicht eingetreten.

Herzfeld weist darauf hin, dass die dem tiefen Eihautstich gemachten Vorwürfe (verzögerte Geburt, Infektionsgefahr etc.) unberechtigt seien, da auf C. v. Braun's Klinik für die Mutter die Mortalität 0%, die Geburtsdauer durchschnitt-

lich 47 Stunden betrug, während bei Bougirung Leopold 2,2% Mortalität, die Berliner Klinik gar 10% ausweist und die Geburt gewöhnlich erst nach 80 Stunden erfolgte. Der Vortheil des Eihautstiches liegt eben darin, dass der Eingriff bloß ein einmaliger ist. Was das Leben der Kinder anbelangt, so erwähnt er, dass mit dem Eihautstiche dasselbe Resultat erreicht wurde wie von Leopold (62% Genesung), während in Berlin bloß die Hälfte der Kinder gerettet werden konnte!

Weiss meint, dass bei dem raschen Schmelzen der Jodoformstifte der Dauerdesinfektion nicht zu viel getraut werden dürfte; auch wäre eine Sicherheit bezüglich der reinlichen Herstellung derselben erwünscht.

Herzfeld empfiehlt das vorsichtsweise Eintauchen der Stifte in Jodtinktur.

Dittel empfiehlt sehr die Beckenhochlagerung bei Operationen im kleinen Becken, indem dadurch die Arbeit außerordentlich erleichtert und das Operationsfeld besser beleuchtet werde. Macht aber darauf aufmerksam, dass er einen 72jährigen Greis nach einer Sectio alta in Beckenhochlagerung (Cocaininjektion) an Gehirnödem verlor und meint, dass die ca. 15 Minuten dauernde Beckenhochlagerung vielleicht der Grund des Ödema cerebri war.

Hofmokl möchte eine ungünstige Cocainwirkung nicht ausschließen. Er hat nach Cocaininjektion bei einer kleinen Operation eine 10stündige Ohnmacht bei einer jungen Person beobachten können. **Torggler** (Innsbruck).

---

6) Sutugin (Petersburg). Operative Behandlung des Gebärmutterkrebses während der Schwangerschaft und Geburt.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIX. Hft. 1.)

Es werden 2 Fälle von Porrooperation am Ende der Schwangerschaft bei gleichzeitigem Carcinom der Portio mitgetheilt, in denen lebende Kinder erzielt wurden; von den Müttern starb die eine indirekt an den Folgen der Operation. Verf. bespricht die bisher geübte Therapie und tritt zu Gunsten der Porrooperation ein, auch für die Fälle, wo das Kind schon abgestorben ist.

Carle (Göttingen).

7) G. Runge (Petersburg). Beitrag zur Lehre von der Schädelkonfiguration der Neugeborenen.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIX. Hft. 1.)

Verf. führte an 10 trockenen Kindesschädeln Messungen in der Art aus, dass er die Krümmung der Scheitel- und Stirnbeine durch die Kurven bestimmte, die er bei den ersten durch die Verbindung der diagonal gegenüberliegenden Ecken, bei den letzten durch Verbindung der Mitte des oberen Orbitalrandes mit dem oberen Winkel erhielt. In den angegebenen Richtungen wurden Bleistreifen aufgelegt, deren Krümmung nachgezeichnet und dann diese Kurven durch ein Coordinatensystem bestimmt. Er kommt zu folgenden Schlüssen: die Existenz einer ausgesprochenen angeborenen Asymmetrie des Schädels ist zweifelhaft.

An den vorhandenen Asymmetrien hat der Geburtsakt zumeist Schuld. Die größere Wölbung des vorliegenden Scheitelbeins bei Hinterhauptslagen gleicht sich nach der Geburt so schnell aus, dass die Differenz im Bereich eines Millimeters schwankt. — Die Wölbungsflächen der Stirnbeine differiren nicht merklich. Bei dem Übereinanderschieben der Scheitelbeine ist eine deutliche Rotationsbewegung zu vermerken. **Carle** (Göttingen).

8) Schrader (Hamburg). Zur Pathogenese der Placenta praevia.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIX. Hft. 1.)

Anknüpfend an Kaltenbach's Aufsatz mit gleichem Titel werden 2 Beobachtungen von Abort einer Frau veröffentlicht, in denen der Finger, nachdem er den inneren Muttermund passirt, in einen trichterförmigen leeren Raum gelangte, der von Placenta, so weit nachweisbar, überdacht schien. Dieser Theil der Placenta konnte nicht durch Wehen gelöst sein, da sonst die Frucht hätte rasch absterben müssen, was nicht der Fall war. Verf. nimmt an, dass die mehrfach vorhandenen

Cervikalrisse mit ihrer entzündlich infiltrirten Nachbarschaft den unteren Gebärmutterabschnitt starrer und weniger beweglich als normal machten: die wenig schmiegsame, der Reflexa angehörige Placenta wölbte sich nicht in den starren, becherförmigen Raum hinein und die Verschmelzung der Reflexa und Vera blieb aus. **Carlo** (Göttingen).

9) **Hartmann und Gundelach.** **Hypoazoturie in ihrem diagnostischen und prognostischen Werthe bei chirurgischen Affektionen.**

(Annal. de gynéc. 1890. Januar.)

Nach den Verff. hat die Hypoazoturie für den Chirurgen keinerlei Bedeutung: es besteht kein konstanter Zusammenhang zwischen Hypoazoturie mit Nierenkrebs oder anderen Nierenerkrankungen. **Heyder** (Leipzig).

10) **Taylor.** **Entfernung einer großen Ovariencyste mit nachfolgender Berstung der rechten Vena iliaca communis.**

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1890. Januar 11. p. 69.)

Nachdem T. eine große nicht verwachsene Cyste des rechten Ovariums, welche etwa 50 Pfund Flüssigkeit enthielt, ohne wesentliche Blutung nach Unterbindung des Stiels abgetragen hatte, bemerkte er, dass unterhalb der Ligatur ein paar ausgedehnte Venen geplatzt waren. Er unterband unterhalb der blutenden Stelle. Während dieser Manipulation sah T. eine oberhalb der Stelle belegene Vene etwa an der rechten Symphysis sacro-iliaca sich stark anfüllen; als er sie sanft berührte, platzte sie und entleerte einen starken Blutstrom. Er trennte sie von der begleitenden Arterie, fasste sie mit einer Péan'schen Zange, und die Blutung stand. Unterbindung, Drainage. Aus dem Drain entleerte sich längere Zeit ziemlich viel Blut. Genesung. Nach der Lage muss T. glauben, dass es sich um die Vena iliaca communis gehandelt habe, und nimmt an, dass nach Entleerung der Cyste und Aufhören des Druckes derselben auf die Vene diese so stark ausgedehnt wurde, dass sie platzte.

Die in der Sitzung der geburtshilflichen Gesellschaft zu Philadelphia, in welcher dies vorgetragen wurde, anwesenden Herren, z. B. Goodell und Drysdale, erklärten, sich der Anschauung T.'s anzuschließen, obgleich sie etwas Ähnliches nie gesehen hätten. Namentlich fand auch die Annahme T.'s, dass es sich um eine varicöse Erweiterung der Vene gehandelt habe, Anklang. Störungen der Blutcirkulation in dem entsprechenden Bein traten übrigens nicht ein.

Lühe (Demmin).

11) **Bantock.** **238 Fälle vollendeter Ovariotomien (No. 163—400).**

(Provincial med. journ. 1889. December 2. p. 721.)

Dass B. keinerlei Antisepticum bei seinen Operationen verwendet, ist bekannt; allein er begnügt sich nicht mit dem Verwerfen eigentlicher antiseptischer Maßnahmen, sondern verwirft auch das Sterilisiren und begnügt sich mit Reinigung durch Wasser und Seife. Die Bauchhöhle pflegt er zur Reinigung durch einen Strom warmen Wassers zu bespülen, was er für sehr nützlich und ganz ungefährlich hält. Zum Verband wird aufsaugende Gaze verwendet, als Nähmaterial Seide. Früher unter antiseptischen Verbänden hatte er im 1. Hundert seiner Operationen 19, im zweiten noch 14 Todesfälle, die Sterblichkeit seines 3. Hunderts ohne Antiseptica war 8, die des vierten nur 4; unter den letzten 90 Ovariotomien hat er keinen Verlust zu beklagen. Seine zunehmende Geschicklichkeit und die bessere Auswahl der Fälle wird nicht berücksichtigt. **Lühe** (Demmin).

12) **Byford.** **Neue Folge von 57 Bauchschnitten während eines Jahres.**

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1890. März 15. p. 380.)

Sämmtliche 16 Fälle von vaginalen Operationen gingen in Genesung aus, ganz gleich, ob Verwachsungen vorhanden waren oder nicht. Dagegen ist die Sterblichkeit unter den Eröffnungen der Bauchhöhle von der Bauchwand her nur dann eben so gering, wenn keine Verwachsungen oder sonstige Erschwernisse vorliegen, so dass auch von dieser Klasse alle 16 Pat. genasen. Schlechter dagegen

sind die Aussichten, wenn Verwachsungen oder Eiterung vorliegen, 5 der 8 Todesfälle kamen auf diese Klasse, oder wo die Kranken schon sehr erschöpft sind, vielleicht gar septisch; dies war 3mal die Todesursache, es handelte sich um einen letzten Versuch.

Im Ganzen erreichte die Sterblichkeit 14 %; 3 Todesfälle hätten vermieden und dadurch die Sterblichkeit auf 8,77 % herabgemindert werden können; 1mal war ein Schwamm in der Bauchhöhle zurückgelassen, 1mal durch den Assistenten die Infektion vermittelt worden, 1mal endlich trat nachträgliches Platzen des Sackstumpfes ein.

Wegen der Stellung der Prognose ist die Feststellung einer sicheren Diagnose ganz besonders wichtig. Stets sollte man den schließlichen Ausgang mit in Rechnung ziehen. In dieser Beziehung hat B. auch besonders gute Erfahrungen mit der Oophorektomie gemacht, welche seltener unmittelbar, meist erst nach längerer Zeit Heilung brachte. Selbst unter den 12 derartigen Operationen, welche wegen Hystero-Epilepsie oder Psychose gemacht wurden, hatte B. 5mal unmittelbare, 6mal allmähliche Genesung und nur 1mal gänzlichen Misserfolg zu verzeichnen. Unter den Ovariotomien und Oophorektomien befinden sich 8 Fälle, in welchen zugleich die Aufrichtung des fixirten, rückwärts vorgelagerten Uterus vorgenommen wurde, 4 Heilungen. Es wurde dabei 48 Stunden hindurch nach der Operation mittels eines Jodoformgazetampons die Gebärmutter in guter Stellung zurückgehalten.

Bei der Nachbehandlung bediente sich B. selten der Opiate, häufig dagegen der salinischen Abführmittel. Die Liste der Operationen ist folgende:

	Sa.	gen.	gest.	gen. Proc.
Ovariotomien von der Bauchwand aus				
intraperitoneale Geschwülste	11	10	1	90,9
peritoneale Geschwülste	7	3	4	42,8
Ovariotomien — von der Scheide aus	3	3	—	100
Oophorektomien — von der Bauchwand aus				
wegen kranker Gebärmutteranhänge	15	13	2	86,6
wegen allgemeiner Erkrankung	2	2	—	100
Oophorectomie — von der Scheide aus				
wegen kranker Anhänge	5	5	—	100
wegen allgemeiner Erkrankungen	1	1	—	100
Hysterektomie abdominal	4	4	—	100
Hysterektomie vaginal	7	6	1	83,3
Laparo-Hysterorrhaphie	1	1	—	100
Probe-Einschnitt	1	1	—	100
	57	49	8	86
Ausschließlich der subperitonealen Eierstocks-Geschwülste	50	46	4	91,3.

Lühe (Königsberg).

13) L. S. McMurtry (Donville). Ein Fall von Extra-uterin-Schwangerschaft; Operation; Heilung.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. Oktober. p. 1042.)

Die 28jährige Kranke hatte ihr erstes Kind am 8. December 1888 geboren, Am 8. März 1889 kehrten die Menses zurück, trotzdem die Kranke ihr Kind stillte. Die Menses kamen regelmäßig im April und Mai, blieben von da an aus und es stellten sich verschiedene Zeichen der Schwangerschaft ein. Am 26. Juni traten plötzlich heftige Schmerzanfälle im Becken auf, kurze Zeit darauf stellten sich Blutungen aus der Gebärmutter ein, die etwa eine Woche andauerten. Darauf eine Woche Ruhe und wiederum Schmerzen und Blutung. Am 27. Juli trat besonders heftiger Schmerzparoxismus mit Collapserscheinungen ein. Am 29. Juli sah M. zuerst die Kranke, die Frau eines tüchtigen Arztes, von welchem er die genauen anamnestischen Daten erhielt. Er fand die Kranke blutlos, mit kleinem raschem Puls, mit heftigem Erbrechen. Der Leib aufgetrieben und sehr schmerzhaft. Der Uterus war nach links gedrängt; es bestand andauernd blutiger Ausfluss.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich das Becken angefüllt mit Blutcoagula, rechts fand sich die Geschwulst, die Tube geborsten. Unterbindung, Entfernung der Geschwulst, Reinigung des Abdomen mit heißem Wasser, Einlegen einer Drainage. Die Operation hatte 34 Minuten gedauert. Erbrechen dauerte noch 24 Stunden an, dann glatte Heilung. Die Drainage wurde am 4. Tage entfernt.

Engelmann (Kreuznach).

14) **Parvin.** Tubenschwangerschaft, Wahrscheinlichkeitsdiagnose, Exstirpation vor der Berstung.

15) **Baldy.** Nicht diagnosticirte Tubenschwangerschaft, Exstirpation vor der Berstung.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1890. Januar 18. p. 102.)

In einer Sitzung der geburtshilflichen Gesellschaft zu Philadelphia wurden beide Vorträge gehalten und die Präparate vorgewiesen. Beide Pat. genasen. B. hatte geglaubt, dass Pyosalpinx vorliege, der Bauchschnitt wurde gemacht, da die Gefahr der Berstung vorlag. Goodell theilte mit, dass er in letzter Zeit 4mal Extra-uterin-Schwangerschaft zu behandeln hatte, 2mal war der Sack bei der Operation schon geborsten, 1mal war ein intramurales Fibroid diagnosticirt, 1mal der Zustand richtig erkannt worden, ehe Berstung eintrat; alle 4 Pat. genasen.

Lühe (Demmin).

16) **Vanderveer.** Unentdeckte Schwangerschaft in Beziehung zum Bauchschnitt.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1889. Oktober 19. p. 545.)

Der Zweck des vorliegenden Aufsatzes ist, zu untersuchen, ob Irrthümer in Bezug auf das Bestehen einer Schwangerschaft hätten vermieden werden können in Fällen, in welchen sie gelegentlich eines Bauchschnittes vorgefunden wurde. Zur Entscheidung dieser Frage werden eine Anzahl von solchen Fällen, die genauer beschrieben worden sind, theilweise auch vom Verf. selbst gesehen wurden, einer genauen Zergliederung untersogen, und Verf. kommt zu dem Schluss, dass es selbst bei der äußersten Sorgfalt und Vorsicht nicht immer gelingen wird, Schwangerschaft zu erkennen, wenn andere Krankheiten des Unterleibes zugleich vorliegen und ihre Symptome verdecken. Verf. räth daher, jedes Mal, wenn der Entschluss zur Ausführung des Bauchschnittes gefasst wird, einen ganz genauen Status praesens aufzunehmen, um dann später gegen den Vorwurf der Leichtfertigkeit gedeckt zu sein. Besteht auch nur der leiseste Verdacht, dass eine Komplikation mit Schwangerschaft vorliegen könnte, so müsse die Kranke und ihre Familie auf das sorgfältigste davon, und von allen Möglichkeiten, die etwa folgen könnten, unterrichtet werden. Eine Liste solcher diagnostischer Irrthümer, welche von verschiedenen Operateuren veröffentlicht wurden, ist beigegeben, sie enthält 75 Nummern unter mehreren Überschriften, darunter 5 Bauchschnitte, bei welchen statt des mehr oder weniger sicher erwarteten Tumors sich eine Schwangerschaft in einem Uterushorne vorfand, so wie 11 Operationen, bei welchen ganz unkomplicirte oder nur mit Hydramnion verbundene Schwangerschaft gefunden wurde.

Lühe (Demmin).

17) **P. Mundé** (New York). Dyspareunie, verursacht durch eine seltene Verletzung des Hymen.

(Amer. journ. of obstetr. 1889. Oktober. p. 1022.)

Bei einer an einem Myom der Gebärmutter leidenden Frau von 40 Jahren, welche zahlreiche Geburten durchgemacht hatte, fand M. nachstehenden Befund. Das Hymen war an seiner rechten, hinteren, oberen Verbindungsstelle abgerissen und hing lose durch eine Hautbrücke von weniger als $^1/_2$ Zoll verbunden an dem linken oberen Rand des Vestibulum. Die Centralöffnung war intakt und ließ das erste Glied des Zeigefingers eindringen. Coitus und Geburt waren offenbar unter dem Hymen erfolgt, welcher über dem Scheideneingange wie eine Schürze herabhing.

Engelmann (Kreuznach).

18) Krug. Zur Behandlung der Gynatresien.

(Med. Wochenschrift New York I. 1889. December 12. p. 605.)

Der Mangel einer Ansammlung von Flüssigkeit oberhalb der Verschlussstelle im weiblichen Genitalschlauch kann einestheils durch mangelhafte Ausbildung oder gänzliches Fehlen der darüber gelegenen Organe bedingt sein, andererseits aber davon abhängen, dass eine Menstruation noch nicht eingetreten ist. Während man im letzten Fall gut thun wird, die Ansammlung menstrueller Flüssigkeit abzuwarten, ist im ersten Fall der Werth einer neugebildeten Scheide mindestens höchst zweifelhaft.

Ist aber eine hochgradige Hämatometra oder ein Hämatokolpos schon ausgebildet, so ist die Operation wegen der Möglichkeit einer Berstung und der damit verbundenen Gefahr unbedingt nothwendig. K. hält es für besser, statt der von Hofmeier empfohlenen zweizeitigen Operation, dieselbe einzeitig vorzunehmen. Er eröffnet den Sack von dem Scheidenrest aus mit dem Messer zuerst nur schmal, dann aber nach Abfluss des größten Theils der Flüssigkeit schneidet er einen Theil der Cystenwand aus und vernäht letztere mit der Scheidenschleimhaut, spült dann die Höhle mit einer schwachen antiseptischen Flüssigkeit oder nur mit gekochtem Wasser sorgfältig aus, um alle etwa der Wand anhaftenden Blutgerinnsel zu entfernen. Darauf wird die Höhle mit Jodoformgase ausgestopft und diese nach einigen Tagen gewechselt, wobei jedes Mal ausgespült wird. Die Höhle verkleinert sich allmählich, ohne dass sie inficirt wird, und hierdurch wird nicht nur ausgiebig drainirt und damit jede Gefahr einer nachträglichen Tubenruptur ausgeschlossen, sondern die Organe gewinnen auch vollkommen Zeit, sich zu formiren. K. hält überhaupt die Berstung eines Eileiters für unwahrscheinlich und glaubt, dass eine Ansammlung von Flüssigkeit darin eher die Folge einer durch Infektion herbeigeführten Peritonitis sei, als umgekehrt. Sollte trotzdem eine solche Ansammlung vorhanden sein, so würde später die Operation der Hämato- oder Pyosalpinx von einem Bauchschnitt aus vorgenommen werden müssen. Zum Zweck der besseren Abführung der Absonderung lässt K. seine Pat. während der Nachbehandlung eine mehr sitzende Stellung einnehmen. Er hat mit seinem Verfahren günstige Erfolge erzielt. **Lühe** (Demmin).

19) Fernandez. Doppelter Fötus, ähnlich den Siamesischen Zwillingen.

(Amer. journ. of the med. sciences 1890. Januar. p. 40.)

Eine ISchwangere gebar nach etwa 6monatlicher Schwangerschaft ohne wesentliche Kunsthilfe ein Zwillingspaar, welches mit dem Rumpf verwachsen war. Der eine Kopf hatte 27, der andere 31 cm im Umfang. Die Körper waren längs des Brustbeins und des oberen Theiles des Bauches verwachsen, die Leber war nur einfach und sehr groß, sie sprang zwischen beiden Körpern vor. Es war nur 1 Nabel, 1 Nabelschnur und 1 Placenta vorhanden, 4 Beine, 4 Arme. Wie stets, waren auch hier beide desselben, hier männlichen, Geschlechts.

Lühe (Demmin).

20) Howard Lankester. Kurze Nabelschnur als Geburtshindernis.

(Therapeutic gazette 1889. November 15. p. 780.)

Bei einer Mehrgebärenden war der vorliegende Kopf zwar langsam aber stetig herabgestiegen, bis er in der Schamspalte erschien. Hier änderte eine Wehe plötzlich die bisherige Scheitellage in eine Gesichtslage um und darauf blieb der Kopf fest stehen. L. legte die Zange an und entwickelte das Kind. Die Nabelschnur war nur 21 cm lang, die Placenta fest mit dem Uterus verwachsen. Dies war offenbar der Grund für die Geburtsstörung. **Lühe** (Demmin).

21) Dufournier (Paris). Atresia ani.

(Bull. de la soc. anat. de Paris 1890. März. p. 175.)

Bei einem 3 Tage alten Mädchen führte die Operation nicht zum Ziel: Rectum wurde nicht gefunden. Bei der Sektion fand man seine Ampulle mit Meconium

angefüllt, die ganze Beckenexcavation ausfüllend, ohne Zusammenhang mit dem After, nur mit Beckenwandungen lose verbunden. **Sack** (Langensteinbach).

22) M. R. Faure-Miller (Paris). Lungentuberkulose. Doppelseitige tuberkulöse Salpingitis.

(Bull. de la soc. anat. de Paris 1890. März. p. 168.)

Krankengeschichte und Sektionsbefund einer 29jährigen seit 3 Jahren verheiratheten, nicht belasteten, sterilen Frau, welche unter Erscheinungen einer Lungentuberkulose starb. Menstruation mit 13 Jahren. Leichte Chlorose. Im 16. Jahre trat in Folge einer heftigen Erkältung (Fall ins Wasser) Suppressio mensium ein; seitdem stets unregelmäßige Menstruation. Seit der Verheirathung äußerste Nervosität. Bei der Aufnahme fand sich starke Spitzeninfiltration mit Dyspnoe und geringen Schmerzen in der Lumbalgegend. Fötider Vaginalausfluss, der angeblich seit 3 Monaten besteht. Im linken Parametrium harte, schmerzhafte Geschwulst. Rechts nichts Besonderes. Normaler beweglicher Uterus. Enger Cervix, scheinbar mit Granulationen ausgefüllt, sondert sanguinolent-schleimigen Eiter ab. Ein paar Tage darauf trat Exitus ein. Autopsie ergab von zum Theil verkästen Tuberkeln durchsetzte Lungen; etwas verfettete Leber mit vereinzelten tuberkulösen Einsprengungen; große, nicht deutlich tuberkulöse Milz; tuberkulöse Nieren. Das Beckenperitoneum mit zahlreichen Knötchen besäet. Verwachsung des Douglas. Links vom Uterus bis zur lateralen Beckenwand dehnt sich eine weiche, schwappende, apfelgroße Geschwulst aus, mit derben Wandungen und unregelmäßiger Höhle, die von zahlreichen zum Theil verkästen Granulationen besetzt ist. Im käsigen Eiter derselben wird Koch'scher Bacillus dargestellt. Zweifelsohne eine tuberkulöse Salpingitis. Die rechte Tube ist nur am abdominalen Ende tuberkulös erkrankt. Der Uterus von tuberkulösen Knötchen durchsetzt.

Verf. nimmt an, dass die Tuberkulose vom Uterus auf die Tuben und von da aufs Peritoneum übergegriffen hat. Somit hätte man einen Fall von primärer Tuberkulose des Genitaltractus mit nachfolgender Dissemination. Sexuelle Infektion wird ausgeschlossen.

Wichtig ist, dass so hochgradige Veränderungen der Tuben ziemlich latent, namentlich ohne große Schmerzen verlaufen können. **Sack** (Langensteinbach).

23) N. Charles (Liège). Betrachtungen über die künstliche Frühgeburt.

(Journ. de accouch. 1889. No. 24.)

In der Universitätsklinik zu Lüttich ist seit dem Jahre 1861 die Frühgeburt 43mal, in der dortigen Entbindungsanstalt seit dem Jahre 1881 eben so oft eingeleitet worden. Insgesammt starb nur eine Mutter; aber nur 26 Kinder wurden lebend aus den Anstalten entlassen, davon aus der Entbindungsanstalt 20. Das letztere, günstige Resultat ist auf die Fortschritte zurückzuführen, welche man in der Kunst, zu früh geborene bezw. schwächliche Kinder am Leben zu erhalten, gemacht hat.

In der C.'schen Anstalt wird die Frühgeburt in folgender Weise eingeleitet:

Einige Tage zuvor wird die Scheide wiederholt mit warmen Desinficientien ausgespült, dann der Cervix (2—3mal) durch Laminaria oder Pressschwamm dilatirt, nun erst ein elastisches Bougie zwischen Ei und Uteruswand eingeführt. Bäder, vaginale Duschen, Tamponade können gleichzeitig angewandt werden.

Als untere Grenze für die künstliche Frühgeburt giebt C. eine Diagonalis von 7 cm an. **Graefe** (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

STOP MEDIC
DEC 10 1890
für
LIBRARY

Centralblatt
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 48. **Sonnabend, den 29. November.** **1890.**

Inhalt: **A. Schücking**, Ein Sterilisirungsraum. (Original-Mittheilung.)

1) **Kehrer**, Neue Klinik. — 2) **Kulmow**, Haltung der Schwangeren. — 3) **Herzfeld**, Nachfolgender Kopf. — 4) **Price**, 5) **Penrose**, Drainage. — 6) **Gautier**, Intra-uterine Elektricität. — 7) **Goelet**, Elektricität. — 8) **McMurtry**, Operationsmethode. — 9) **Cohnstein**, Hohe Zange.

10) Verhandl. der Gesellsch. f. Geburtsh. zu New York. — 11) **Kocks**, Beckenhochlage. — 12), 13) **Muret**, Enges Becken. — 14) **Chaintre**, Intravaginaler Thrombus. — 15) **Leriche**, Vaginale Hysterektomie. — 16) **Gilliam**, Enukleation eines Fibroids. — 17) **Potherat**, Ovarientumor. — 18) **Alban Doran**, Ovarientumor bei einem 7monatlichen Kinde. — 19) **Krönlein**, Myomotomie. — 20) **Manton**, Blasenblutung. — 21) **Macan**, 22) **Harris**, Kaiserschnitt. — 23) **Hirst**, Wiederholte Laparotomie. — 24) **Paillotte**, Ernährung der Neugeborenen. — 25) **Pratt**, Tubenschwangerschaft. — 26) **Alban Doran**, Primärer Tubenkrebs. — 27) **Bernays**, 28) **Baldy**, Ektopische Schwangerschaft. — 29) **Rotter**, Tripper. — 30) **Mijnlieff**, 31) **Valenta**, Kasuistik.

Ein Sterilisirungsraum.

Von

A. Schücking (Pyrmont).

Es sind auf dem letzten internationalen Kongress und in No. 22 dieses Blattes Vorschläge und praktische Versuche veröffentlicht worden, die die Konstruktion eines aseptischen Operationssaales zum Gegenstand hatten. Wenn man geglaubt hat, etwas durchaus Neues damit zu bringen, so möchten wir darauf hinweisen, dass bereits im Jahre 1881 ein aseptischer Operationsraum von mir hergestellt worden ist und ich die Einrichtung desselben 1882 in No. 49 des Centralblattes für die med. Wissenschaften veröffentlicht habe, dass ich ferner darauf bezügliche Zeichnungen und Photographien auf der Hygiene-Ausstellung zu Berlin ausgestellt habe.

Die besonderen Bestandtheile meines Sterilisirungsraumes waren: 1) die Ventilationsanlage; 2) die Wandungen des in 2 Abtheilungen zerfallenden Raumes; 3) die Luftfilter.

Die Ventilation wird bewirkt durch eine $^1/_2$pferdige Kraftmaschine (Heißluftmotor), die einen Exhaustor treibt, der mit 2500 Um-

drehungen in der Minute 30 cbm Luft — also ungefähr eben so viel, als der Inhalt des Ventilationsraumes beträgt — fortsaugt. Der Saugstutzen des Ventilators ist durch zwei luftdicht geschlossene Zinkrohre mit dem aseptischen Raume in Verbindung gebracht.

Dieser Raum ist in seinen beiden Abtheilungen dem Hauptraum und dem Vorraum, an den Seiten, Thüren, Decke und Fußboden, mit großen sorgfältig in einander verlötheten Zinkplatten luftdicht ausgeschlagen. Zwei Glasscheiben, die zur Erleuchtung und Beobachtung dienen, sind an entsprechender Stelle in die Wandungen des Raumes luftdicht eingefügt. Eine Thür, die durch Gummieinlagen luftdicht abgeschlossen werden kann, führt vom Hauptraum in den Vorraum. Die von dem Vorraum nach außen führende Thür ist ebenfalls durch Gummieinlage luftdicht abzuschließen.

Die Filtration der von außen zugeführten Luft geschieht durch 10 Wattefilter, deren 6 im Hauptraum, 4 im Vorraum befindlich sind; von den ersten 6 kommuniciren 3 mit dem Vorraum.

Die Wattefilter stellen luftdicht in die Wandungen des Raumes eingelassene Blechkapseln mit einem Durchmesser von 40 cm dar. Diese Kapseln sind an ihren Flachseiten offen und werden ausgefüllt durch eine 10 cm dicke Watteschicht von zusammengepresster sterilisirter entfetteter Watte. Die Fixation der Watte wird an beiden Seiten durch Drahtstäbe bewirkt. Durch die Anordnung der Wattefilter ist dafür gesorgt, dass in dem System sich kreuzender starker Luftströme nirgends ein todter Raum vorhanden ist. Die im Raum ursprünglich vorhandene Luft wird schon nach ca. 1 Minute entfernt.

Die Wandungen des Raumes sind mit antimykotischen Lösungen abzuwaschen. Die Kleider des Pat. und des Operateurs bestehen aus sterilisirtem Leinen. Im Vorraum befindet sich ein Bad mit einer Duschevorrichtung mit sterilisirtem Wasser. Außerdem dient der Vorraum zur Ermöglichung eines Verkehrs mit dem Hauptraum ohne dass ungereinigte Luft in letzteren von außen hineinzukommen vermag. Öffnet man nämlich die Thür des Vorraumes, so strömt ungereinigte Außenluft in denselben, schließt man ihn dann, so wird die Luft in etwa 1 Minute im Vorraum wieder filtrirt sein, öffnet man hierauf den Hauptraum so können in den Vorraum gestellte und hier eventuell noch desinficirte Gegenstände in den Hauptraum gebracht werden. Bei umgekehrtem Verfahren kann mit derselben Sicherheit ein Gegenstand vom Hauptraum in den Vorraum und von dort nach außen gebracht werden. Die bakterioskopischen Prüfungen ließen die Abwesenheit von Mikroorganismen in diesem Raume stets mit Sicherheit nachweisen.

So weit meine ein Decennium zurückreichenden Mittheilungen. Wenn ich den Raum nicht ferner benutzt habe und daher keine weiteren Nachrichten über denselben geben kann, so liegt dies daran, dass unsere moderne antiparasitäre Wundbehandlung für die ge-

wöhnliche Praxis ausreichende Sicherheit gewährt. — Für größere Verhältnisse bei Einrichtung besonderer Räume für Laparotomien, bei denen auch die Kosten einer derartigen Anlage nicht ins Gewicht fallen, würde die Benutzung des oben geschilderten Sterilisirungsraumes zu operativen Zwecken zu empfehlen sein.

---

1) **F. A. Kehrer.** Die neue Frauenklinik zu Heidelberg.
(Bericht über deren Errichtung und die Vorkommnisse von Herbst 1884 bis April 1889.)
Gießen, **Emil Roth,** 1889. 203 Seiten.

K. giebt einen Bericht über die Einrichtung der Klinik, von J. Weuz wird das Material der geburtshilflichen Abtheilung — 1150 Geburten — verarbeitet, von Bonde das der gynäkologischen Station — 1318 Fälle. Bezüglich der Details müssen wir auf das Original verweisen, da es unmöglich ist, auch nur Einzelnes aus den genau geführten Krankengeschichten und epikritischen Bemerkungen zu referiren.

G. Middeldorpf (Breslau).

---

2) **Anna Kulmow.** Statistisch-mechanische Untersuchungen über die Haltuug der Schwangeren. (Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Universitätsklinik des Herrn Prof. Wyder in Zürich.)
(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXV. Hft. 3.)

Verf. hat an einem eigens dazu konstruirten Apparat die Haltung der Schwangeren untersucht. Der Apparat ermöglicht, die Profillinien des Körpers in bestimmter Haltung aufzuschreiben. Es wurden berücksichtigt: die hintere Profillinie des ganzen Körpers, die Dornfortsatzlinie der Wirbelsäule und die Luftlinie des linken Beines bis zur Ferse, außerdem die Lage des Processus mastoideus, Trochanter und Malleolus externus, ferner die vordere Profillinie bis zur Symphyse. Die Stellung der Untersuchungspersonen war die aufrechte bei Adduktionsstellung der Beine, Fersen und Ballen der großen Zehe zusammen. Die Messungen geschahen an derselben Person einmal am Ende der Schwangerschaft und einmal am 9. bis 11. Tage des Wochenbetts. Daraus ergaben sich folgende Thatsachen:

1) Die Haltung des ganzen Körpers ist in der letzten Zeit der Schwangerschaft verändert. Meist macht der Körper eine Totalschwankung nach rückwärts, zuweilen ist nur der Rumpf rückwärts geneigt.

2) Die Haltung der Wirbelsäule ist verändert:
   a) die Halswirbelsäule ist stärker aufgerichtet;
   b) die Brustkurve ist größer und tritt stärker hervor;
   c) die Lendenwirbelsäule ist meist aufgerichtet und gestreckt;
   d) die Lendenlordose ist nur scheinbar tiefer.

3) Die Beckenneigung ist vermindert oder bleibt sich gleich.

4) Das Hüftgelenk wird in einer überwiegenden Mehrzahl von Fällen nach hinten geschoben.

5) Das Brustbein ist im unteren Theile abgehoben und dort der gerade Durchmesser des Thorax vergrößert.

Pfannenstiel (Breslau).

---

3) **Herzfeld** (Wien). Über die Behandlung des nachfolgenden Kopfes mit besonderer Berücksichtigung des Mauriceau-schen Handgriffes.

Leipzig und Wien, **Franz Deuticke**, 1890. 53 Seiten.

Nachdem Verf. zuerst die verschiedenen bei der Extraktion der in Beckenendlage zur Geburt sich präsentirenden Frucht gebräuchlichen Handgriffe unter Richtigstellung der historischen Daten besprochen und die allgemeinen Principien dargethan hat, welche in der v. Braun'schen Klinik zu Wien bei spontanen und künstlich erzeugten Beckenendlagen maßgebend sind, und welche sich von denjenigen anderer Geburtshelfer dadurch besonders unterscheiden, dass die Zange nie an den nachfolgenden Kopf angelegt wird, bringt er eine Statistik von 139 Fällen, um zu beweisen, dass die Entwicklung des Kopfes mittels des Mauriceau'schen (Smellie-Veit'schen) Handgriffs eben so gute, ja bessere Resultate giebt, als sie Eisenhart für den Wigand-Martin'schen Handgriff in Anspruch nimmt.

Aus der Zusammenstellung von 139 Fällen (141 Kinder mit Mauriceau'schem Handgriff extrahirt) resultirt ein Verlust an Kindern von 10,64 %, indess 89,36 % am Leben erhalten bleiben. In 25 Fällen lag Beckenenge vor, wobei 6 todte Kinder (3 Perforationen). In 7 Fällen handelte es sich um Placenta praevia mit 4 lebenden und 3 todten Kindern.

Von den 139 Entbundenen starb keine, 132 konnten innerhalb 14 Tagen entlassen werden, 7 Frauen blieben länger in Behandlung und zwar 1 wegen Mastitis, 2 wegen Endometritis pueralis, 1 wegen Parametritis, 1 wegen Cervixrissen, 1 wegen verlangsamter Involution und endlich 1 wegen hochgradiger Anämie.

Von den 141 Kindern präsentirten sich primär in Beckenendlage 76, in Querlage mit nachfolgender Wendung 38, in Kopflage 27. Von ersteren betrug der Verlust 1,3 %, bei der zweiten Kategorie 7,9 %, bei der dritten endlich 40,75 %. Eisenhart dagegen hatte bei Anwendung des Mauriceau'schen Handgriffes 35 %, bei derjenigen des Wigand-Martin'schen 22 % Mortalität, H. nur 12,76 %.

Unter 29 Fällen von Spontangeburt der unteren Rumpfhälfte hatte Eisenhart eine Sterblichkeit von 17,3, H. bei 76 Fällen eine solche von 1,32 %. Nach Wendung starben Eisenhart bei Wigand-Martin'schem Verfahren 23,8 %, H. bei Mauriceau'schem 21,5 %.

Von den mehr oder weniger schweren Verletzungen, die Eisenhart dem Mauriceau'schen Handgriffe zur Last legt, hatte H. keine einzige zu verzeichnen. In den Fällen, wo das Kind todt geboren

wurde oder asphyktich zu Grunde ging, lagen stets besonders schwierige Verhältnisse vor (Beckenenge, Plac. praevia etc.). H. hält auf Grund dieser allerdings sehr beweisenden Zahlen den Mauriceauschen Handgriff für vollständig ausreichend und die Zange an den nachfolgenden Kopf ersetzend. **F. Spaeth** (Hamburg).

---

4) **Price**. Die Drainage in der Chirurgie des Unterleibes und Beckens.

(Med. news 1890. März 15. p. 271.)

5) **Bingham Penrose.** Die Drainage in der Chirurgie des Unterleibes.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1890. Februar 22. p. 264.)

Price hält bei Eingriffen am Unterleib die Drainage zuweilen für geboten, zumal in allen den Fällen, in denen es sich um eine Eiterung in der Bauchhöhle handelt. Ist in derartigen Fällen der Allgemeinzustand schlecht, so thut man gut, vorerst nur Einschnitt und Drainage vorzunehmen, die eigentliche Operation aber, welche längere Zeit beanspruchen würde, zu verschieben, bis der Kräftezustand sich gehoben hat. Auch bei puerperaler Peritonitis wird mit einem mittelstarken Rohr drainirt, welches nicht allein für den Abfluss sorgt, sondern auch täglich mehrmals Ausspülungen der Bauchhöhle gestattet.

Ähnlich spricht sich auch Penrose aus, welcher räth, lieber zu oft, als zu selten zu drainiren. Die geringen Gefahren, welche dadurch entstehen können, kann man leicht vermeiden, oder eben so leicht kuriren; häufige Reinigung des Drainrohres ist von höchster Wichtigkeit. **Lühe** (Königsberg).

---

6) **Gautier.** Über die intra-uterine Anwendung des elektrischen Stromes bei Fibroma uteri.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 22.)

G. verwendet die Methode von Apostoli, welche in der intrauterinen monopolaren Galvanokaustik besteht.

Indikationen zur Behandlung bilden die Schmerzen und Blutungen. Bei hämorrhagischen Fibromen ist nur der positive Pol hämostatisch und antiphlogistisch. Starke Ströme führen rascher zum Ziele; schwache Ströme, welche die Schmerzen koupiren, wirken nicht blutstillend. G. verwendet zwischen 30—250 Milliampères und hält 120—140 für eine mittlere Dosis. Diese Behandlungsweise kräftigt die Pat. und bewirkt ausnahmsweise sogar auch ein Schwinden des Tumors. G. hält diese Methode im Vergleich mit der Hysterektomie und Kastration für ungefährlich und zieht sie den anderen Behandlungsmethoden, da sie von gutem Erfolg begleitet, entschieden vor.

Er selbst hat bei 67 an Uterusfibromen leidenden Kranken 1329

Applikationen gemacht: 62 Pat. wurden definitiv geheilt, bei einer trat, verursacht durch unbekannte Veränderung der Adnexe, Exitus letalis ein, und 4 blieben ungeheilt.

Die Resultate G.'s sowohl als die von anderen Autoren an ungefähr 1900 Fällen erzielten und veröffentlichten Ergebnisse sprechen nur günstig für die Anwendung des elektrischen Stromes bei Fibroma uteri.

Rudolf Müller (München).

---

7) **Goelet.** Die Behandlung gewisser Arten von Beckengeschwülsten durch Galvanopunktur, Drainage durch die Scheide und intra-uterine Galvanisation.

(Med. news 1890. Januar 25. p. 84.)

Alle Höhlengeschwülste, welche von der Scheide aus zugängig sind, werden von G. zur Behandlung mittels Galvanopunktur für geeignet erklärt: Hydrosalpinx, Pyosalpinx u. dgl. Er bedient sich eines gedeckten Trokars nicht unähnlich dem bekannten Instrument von Fräntzel, nur dass die Hohlkanüle noch einen theilweisen Überzug von Hartgummi zur elektrischen Isolirung hat. Ferner ist außer der Vorrichtung, um den Inhalt der Höhle abzulassen und sie mit einer antiseptischen Flüssigkeit auszuspülen, auch noch eine Klemmschraube für den elektrischen Leitungsdraht vorhanden. Am Ende des Verfahrens kommt nun die Elektricität in Wirkung, wobei die Spitze nur etwa 1 cm in die Höhle eingebracht werden soll, der Strom muss stark sein, etwa 50 Milliampères. Die Aufsaugung soll prompt und gänzlich erfolgen.

Lühe (Königsberg).

---

8) **Lewis McMurtry.** Operationsmethoden, beleuchtet durch die Geschichte der Ovariotomie in Amerika.

(Med. news 1890. März 15. p. 271.)

Im December 1809 machte Ephraim McDowell in Danville, Kentucky, ein Schüler John Bell's, die erste Ovariotomie, den Bauchschnitt legte er 3 Zoll außerhalb des Rectus, die Cyste wurde erst nach Umschnürung des Stiels eröffnet, als Drainage dienten die hierzu benutzten lang belassenen Fäden, durch Umwenden der Kranken auf die Seite wurde eine Entleerung aller Flüssigkeit aus der Bauchhöhle angestrebt. Schon bei seiner 3. Operation ging er zum Schnitt in der Mittellinie über, im Übrigen blieb er bei den von Anfang an befolgten Grundsätzen. Namentlich legte er großen Werth auf die Schnelligkeit der Operation, um so mehr, als er noch ohne Chloroform operirte. Er operirte im Ganzen 13mal mit 8 Genesungen und 5 Todesfällen, er war sich des Tragwerthes seines Unternehmens völlig bewusst.

Der Nächste war 1821 Nathan Smith, Professor in Norwich, Connecticut. Er verfolgte ganz selbständige Wege, legte den Schnitt, von nur 3 Zoll Länge in die Mittellinie, wartete mit Eröffnung des

Bauchfells bis zu gänzlichem Aufhören der Blutung, band Verwachsungen des Netzes ab, schnitt die Fäden, zu welchen er Streifen von bockledernen Handschuhen benutzte, kurz ab, und versenkte sie.

Ihm folgte 1823 Alban Smith in Danville, Assistent McDowell's, dessen Methode er annahm. Auch sorgte er für Leibesöffnung durch Darreichung von Senna gleich am Operationstage. Nun entstand eine Pause, indem nur vereinzelte kühne Operateure solche Operationen unternahmen, und auch nur, um davon sofort abzustehen, sobald sich Verwachsungen fanden: Trowbridge und Rogers in New York, Mussey in Dartmouth und Billinger in Charleston, welch Letzterer wieder Lederfäden benutzte.

3 Jahre, nachdem in England durch Atlee und Dunlap die Operation wieder aufgenommen war, 1846, tritt Caesar Hawkins mit einer günstig verlaufenen Ovariotomie auf, dann Taylor Bradford in Kentucky 1853 mit 30 Operationen, darunter 27 Genesungen, und 1855 Gilman Kimball in Lowell, Massachusets. Peaslee stellt fest, dass erst von diesem Zeitpunkt an unsere Operation in Amerika festen Fuß fasste, und auch nur auf dem Lande, nicht in den großen Städten; erst 1865 ist sie allgemein verbreitet. Peaslee sucht 1873 an der Hand von 50 Sektionen die Ursachen des Todes danach festzustellen und findet als gefährlichsten Feind die Peritonitis. Hierauf gründet er seine Opiumbehandlung.

Erst Marion Sims erkannte die Bedeutung der Septikämie und führte die Drainage durch den Douglas'schen Raum in die Scheide ein, welche noch heute von Einzelnen, zuerst von A. Martin in Berlin geübt wird, während Andere Spencer Well's Klammerbehandlung befolgten. Auch nahm Sims zuerst die Erfindung Lister's an, mit welcher sich ein Wendepunkt vollzieht, der für den Erfolg und die allgemeine Verbreitung nicht nur in Betreff der Ovariotomie, sondern überhaupt in Betreff der erst von ihr ausgegangenen Bauchschnitte von der allergrößten Bedeutung geworden ist.

Lühe (Königsberg).

---

9) **Cohnstein.** Die Zange bei hohem Kopfstande.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

Verf. erinnert an die von ihm und anderen Autoren angestellten Versuche, aus denen hervorgeht, dass in der Regel die Kompression des Kindskopfes in dem einen Durchmesser nicht zu einer Verlängerung im sog. entgegengesetzten Durchmesser führt, sondern nur zu einer Verlängerung des Schädels in vertikaler Richtung. Er betont, dass die »hohe Zange« nicht schädlich wirkt durch die Kompression des Schädels, welche zu einer Vergrößerung desjenigen Schädeldurchmessers führt, der in dem geraden Durchmesser des Beckens liegt. Er will die »hohe Zange« nur desswegen einschränken, weil hier eine Zugkraft erforderlich ist, welche starke Verletzungen der mütterlichen Weichtheile erzeugt, und weil bei Anwendung der gewöhnlichen Zange der der Zugkraft entsprechende Druck dem

Kinde schaden kann. Für gewisse Fälle hält er auch beim verengten Becken die Zange am hochstehenden Kopfe für gerechtfertigt, allerdings die Achsenzugzange. **Pfannenstiel** (Breslau).

Kasuistik.

10) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe zu New York.

Sitzung am 4. März 1890.

Polk berichtet über einen Fall von doppelter Pyosalpinx, Oophoritis und Retroflexio uteri fixata, in welchem er die Bauchhöhle öffnete, die Adhäsionen löste, das linke Ovarium und Tube entfernte. Das rechte hatte ungefähr die Größe eines Taubeneies, war hyperämisch, aber nicht cystisch degenerirt; die Tube war verwachsen, verdickt und gekrümmt, das Ende aber offen. Die rechte Tube und Eierstock wurden nicht entfernt; nach 6 Monaten wurde Alexander's Operation gemacht. Pat. ist nun im 4. Monat schwanger. Einen weiteren Fall theilt derselbe mit, in welchem wegen Retroflexio uteri, bei der kein Pessar vertragen wurde, der Bauchschnitt gemacht wurde. Da sich keine Adhäsionen fanden, wurden die runden Mutterbänder ligirt. Die Ligaturen befanden sich zu nahe an den Tuben, es kam zur Entzündung und Verschluss beider Eileiter. Die Kranke litt derart, dass der Bauch nochmals geöffnet wurde, wobei sich obiger Zustand fand. P. bemerkt, dass dieser Zustand leicht eintreten könne, falls der Uterus zu nahe am Horn an die Bauchdecken befestigt würde. Boldt und Dudley theilen die Ansicht Polk's, dass es nicht gerechtfertigt sei die Tuben und Eierstöcke zu entfernen, nur weil sie Verwachsungen zeige. Krug zeigt das Präparat einer angeborenen Inguinalhernie, welche Uterus und Anhänge enthielt.

Coe spricht über die Grenzen der vaginalen Hysterektomie bei Krebs der Gebärmutter. Die schlechten späteren Resultate der Operation haben in Amerika bereits eine Reaktion hervorgerufen, Backer, Reamy, Byrne, Reeves Jackson haben sich mehr oder weniger gegen ihre Berechtigung ausgesprochen. C. basirt sein Urtheil auf 19 Fälle, die er allein oder mit dem verstorbenen Hunter gemeinsam operirt hat. Bedingung zur Operation war, dass die Scheide nicht ausgedehnt erkrankt war; dass die Mutterbänder nicht ergriffen waren, so weit es sich in der Narkose feststellen ließ; dass die Gebärmutter beweglich war, und dass sie nicht zu groß war, um leicht per vaginam entfernt zu werden.

Von den 19 Fällen war in 14 das Collum allein erkrankt, in 5 das Corpus. 5 starben an den Folgen der Operation, eine 6. an Herzerkrankung. Von den übrig bleibenden hatten Recidive in 2 Monaten 3; in 6 Monaten 1; in 7 Monaten 2; in 12 Monaten 1; in 18 Monaten 1; keine weitere Nachricht, 1; gesund nach 10 Monaten 1. Bei 3 ist der seit der Operation verflossene Zeitraum zu kurz um ein Urtheil zu fällen.

Die Behauptung, dass selbst wenn Recidiv eintritt die Kranke weniger leidet, die Krankheit langsamere Fortschritte macht, kann C. nicht richtig finden. Auf Grund einer ausgedehnten Erfahrung in der Behandlung unoperirbarer Carcinome stellt C. die Ansicht auf, dass bei richtiger Sorge die Lage solcher Kranken gerade so erträglich ist, wie die derjenigen, welche Recidiv nach Operation erlitten hatten, mit Ausnahme, dass letztere nicht so sehr von Blutungen und Ausfluss litten. Er schließt sich der Ansicht Jackson's an, dass im Durchschnitt Frauen, welche nicht operirt sind, Aussicht haben länger zu leben als Operirte.

In der Diskussion spricht sich zunächst Backer (Boston) dahin aus, dass er mit Coe dahin übereinstimme, dass Hysterektomie auf die Fälle beschränkt bleiben solle, in welchen die Erkrankung von der Schleimhaut des Corpus ihren Ausgang nehme. In allen anderen empfiehlt er hohe Amputation des Collum, Ausschneiden eines konischen Stückes aus dem Corpus und Ausbrennen der Wundfläche mit dem rothglühenden Cauterium actuale und zwar wiederholt und tief wirkend. Er hält es weiter für wichtig, die Kranken nach der Heilung für längere

Zeit unter Aufsicht zu halten und jedes beginnende Recidiv im Entstehen mit Messer und Cauterium auszurotten.

Cushing (San Francisco) hat schlechten Erfolg mit der Hysterektomie gehabt und sein Kollege Lane habe, so viel er wisse, keinen besseren. Es sei eigenthümlich, dass die Resultate der partiellen Entfernung des Organs besser sein sollten, als die der totalen und doch habe auch er diese Erfahrung gemacht. Allerdings habe auch er stets geätzt, mit Glüheisen oder Chlorzink. Es scheine als wenn die Wirkung der gründlichen Ätzung doch in die Tiefe gehe. Die Resultate von Backer (fünfzig Procent ohne Recidiv nach 4 Jahren) seien unerreicht und scheinen den Beweis für die Richtigkeit seiner Anschauung zu liefern.

Byrne hat 59 Fälle nach seiner Methode, die hauptsächlich in energischer Anwendung des Cauterium nach Amputation des Collum besteht, operirt und im Durchschnitt Freiheit von Recidiven für 8 Jahre gehabt.

Boldt hat 13mal operirt, 7 vor mehr als 2 Jahren, 3 Recidive, 1 Todesfall.

Polk hat 16mal operirt. Führt die günstigeren Resultate der alten Welt auf frühzeitigeres Operiren zurück.

Banks war mit der Sims'schen Methode so zufrieden, dass er sich nur 2mal veranlasst sah, Hysterektomie vorzunehmen.

Sitzung am 18. März 1890.

Nachdem mehrere Präparate vorgezeigt wurden, knüpft sich an die Mittheilung zweier Fälle von vaginaler Hysterektomie durch Krug eine Fortsetzung der Debatte der vorigen Sitzung über die Grenzen derselben. Krug selbst betont die günstigen Resultate von Leopold, Fritsch und Anderen, nach denen die Operation heute nicht mehr als eine sehr gefährliche betrachtet werden könne. Seiner Ansicht nach sei die hohe Amputation eine eben so schwierige, wenn nicht schwierigere Operation als die Hysterektomie. Aus der Diskussion der vorigen Sitzung scheine als Thatsache das zu entnehmen zu sein, dass Zerstörung alles Verdächtigen mittels des Cauterium actuale wesentlich zum dauernden Erfolge beitrage. Er werde dasselbe künftig bei seinen Hysterektomien in Gebrauch nehmen. Mundé spricht sich dahin aus, dass er in etwas seine früher ausgesprochene Meinung geändert habe. Jetzt werde er bei auf den Cervix beschränktem Carcinom die hohe Amputation machen. Gill Wylie hat in den letzten 14 Monaten 14mal operirt und ist zufrieden mit den Resultaten. 1 Todesfall unabhängig von der Operation. Kein Recidiv oder eines bis jetzt. Die Schwierigkeit liege aber darin, zu bestimmen, wenn die Erkrankung noch auf den Cervix beschränkt ist. In mehreren seiner Fälle hätte er dies mit Sicherheit angenommen und später habe die genauere Untersuchung gezeigt, dass es nicht mehr der Fall war. Er giebt seinen Kranken lange Zeit hindurch Arsenik und glaubt, dass hierdurch ein Recidiv verzögert wird.

Boldt spricht über Behandlung der Rückwärtslagerungen der Gebärmutter auf operativem Wege. Er erwähnt die von Frommel angegebene Methode (cf. dieses Centralblatt 1890 No. 6), weiter eine von Dudley, welche darin besteht, die vordere Wand der Gebärmutter mit den breiten Mutterbändern zu vereinigen, und so die seitliche Suspension zu verkürzen und zugleich die vordere Wand der Gebärmutter zu verdicken. Ferner die Methode von Krug in 3 Fällen erfolgreich angewandt, welcher die Ovarienligamente mit dem Seitenperitoneum vereinigt. Er selbst operirt in zweifacher Weise. Einmal durch Suspension und dann Fixation. Bei ersterer nähert er den Fundus uteri der Bauchwand und näht ihn mit einer oder zwei Nähten fest, bei letzterer frischt er die Uteruswand an, bevor er näht.

Die Indikationen für erstere Operation sind: wenn der Uterus so fixirt ist, dass lokale Behandlung resultatlos geblieben ist, oder eine solche Erkrankung der Eierstöcke und Tuben besteht, dass erstere kontraindicirt ist. Suspension ist nicht anwendbar, wenn in Folge der Flexion die Uteruswand theilweise atrophisch geworden ist oder die Stützen hochgradig erschlafft sind.

Engelmann (Kreuznach).

11) **J. Kocks** (Bonn). Über die Beckenhochlage und ihre Verwerthung durch Herrn Prof. Trendelenburg.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 17.)

Trendelenburg hat in Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge einen Aufsatz »Über Blasenscheidenfistel-Operationen und über Beckenhochlagerung bei Operationen in der Bauchhöhle« veröffentlicht, über welchen in No. 17 d. Bl. ein ausführliches Referat erschienen ist. Er nimmt an, dass diese Lagerung für intraperitoneale Operationen seine Erfindung sei. K.'s Mittheilung bezweckt an der Hand verschiedener früher von ihm selbst veröffentlichter Arbeiten den Nachweis zu erbringen, dass er bereits im Jahre 1879 das Princip der Beckenhochlagerung ausgesprochen und verwandt hat. Trendelenburg gesteht er nur das Verdienst zu, jene zuerst zur Blasenentfaltung bei Sectio alta und Blasenscheidenfistel-Operationen empfohlen zu haben.

K. macht auf zwei Übelstände aufmerksam, welche sich manchmal bei der Hochlagerung des Beckens bemerkbar machen. Störungen in der Narkose, welche er auf die Behinderung des inspiratorischen Herabtretens des Zwerchfells zurückführt und durch eine starke kyphotische Biegung in dem Lenden- und unteren Thoraxtheil der Wirbelsäule zu vermeiden hofft, und das Vorfallen von Därmen bei Erbrechen der Pat., insbesondere bei Fettleibigen.

Für die Hospitalpraxis empfiehlt K. den von Trendelenburg konstruirten, in No. 20 (p. 372) d. Bl. abgebildeten Operationstisch, hält aber für Operationen in Privathäusern das Unterschieben eines festen, mindestens 20 cm hohen unnachgiebigen Gegenstandes unter die Matratze, so dass das Kreuzbein über denselben zu liegen kommt, für genügend, um die Hochlagerung zu sichern.

Graefe (Halle a/S.).

12) **M. Muret** (Straßburg). Über das Einpressen des Kindskopfes in das enge Becken.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 17.)

Bekanntlich hat Hofmeier zuerst das Einpressen des vorliegenden Kopfes in das verengte Becken von außen her für solche Fälle empfohlen, bei denen entweder nur ein gewisser Grad von Cervixdehnung eingetreten oder aus derselben Wehenschwäche hervorgegangen ist, wenn eine Indikation vorliegt, die Geburt zu beendigen. M. hat das Verfahren bei mehreren durch ein enges Becken erschwerten Geburten mit sehr zufriedenstellendem Erfolg versucht. Drei der betreffenden Geburtsgeschichten theilt er ausführlich mit. Besonders erwähnenswerth ist die eine, bei welcher es sich um eine 33jährige II para mit rachitischem Zwergwuchs handelte. Die erste Geburt war nach langer Dauer durch Wendung und stückweise Extraktion des Kindes beendet worden. Als die Frau im 10. Monat der II. Schwangerschaft wieder in die Klinik kam, wurde ihr die Sectio caesarea vorgeschlagen. Sie verweigerte sie. Nach mehrstündiger, kräftiger Wehenthätigkeit drückte M. den in Vorderscheitellage bei ganz quer verlaufender Pfeilnaht eingestellten Kopf in Narkose in das Becken. Danach verlief die Geburt sehr schnell spontan. Das normal entwickelte Kind kam lebend zur Welt. Es fand sich zwar eine Impression mit Fraktur des rechten Scheitelbeins, 2 Drucknarben auf demselben Knochen, schließlich eine theilweise Ablösung der Galea aponeurotica; M. glaubt aber, dass alle diese Veränderungen nicht dem Verfahren Schuld zu geben sind, sondern bereits vor Anwendung desselben zu Stande gekommen waren.

Auf Grund seiner Erfahrungen schlägt Verf. vor, das Hofmeier'sche Verfahren nicht nur unter den von ihm aufgestellten Indikationen, sondern überhaupt beim engen Becken anzuwenden. Als Vorbedingung für den Erfolg verlangt er, dass der noch nicht eingetretene Kopf einigermaßen konformirt und der Cervix verstrichen ist. Letzteres ist manchmal nur scheinbar der Fall. Trotz gut entfalteten äußeren Muttermundes findet sich im Cervix weiter oben ein cirkulärer oder halbmondförmiger Wulst, der den Kopf nicht tiefer treten lässt (Bayer). Auch durch äußeren Druck gelingt es nicht, den Kopf durch diesen Muskelring (Struktur)

durchzudrücken. Man muss hier abwarten oder Narcotica oder auch den konstanten Strom anwenden.

Dagegen ist zu beachten, dass der Cervix sehr wohl ganz entfaltet sein kann, wenn auch der äußere Muttermund noch nicht ganz verstrichen ist.

Auch Ref. kann das Hofmeier'sche Verfahren für eine allgemeine Anwendung auf Grund einer Reihe eigener Beobachtungen warm empfehlen.

Graefe (Halle a/S.).

13) M. Muret. Nachtrag zu vorstehend referirter Arbeit.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 18.)

M. hat erst nach Fertigstellung vorstehend referirter Arbeit die Dührssen's: Über den Werth der tiefen Cervix- und Scheidendammeinschnitte etc. (Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVII. Hft. 1) in die Hände bekommen. Im Gegensatz zu jenem glaubt er nicht, dass bei verstrichenem Cervix die Expression durch einen engen äußeren Muttermund verhindert werden kann; ferner würde er, falls Incisionen nöthig sein sollten, diese immer erst nach Anwendung des äußeren Druckes vornehmen.

Graefe (Halle a/S.).

14) A. Chaintre (Lyon). Beitrag zum Studium der intravaginalen Thromben.

[(Lyon méd. 1890. Januar 12.)

Von den 3 beschriebenen Thromben (1 davon in der vorderen Muttermundslippe) platzten 2 durch äußere Gewalt bei Manipulationen; keine enthielt mehr als 100 g Blut. Die dritte öffnete sich spontan 1 Tag p. p. Der trotzdem in allen 3 Fällen fieberlose Verlauf unter antiseptischer Behandlung soll wohl beweisen, dass man mit Thromben dieser Größe gar nicht so subtil umzugehen braucht.

Zeiss (Erfurt).

15) Leriche (Maçon). Über vaginale Hysterektomie.

(Lyon méd. 1889. April 21.)

L. hat erst den einen hier mitgetheilten Fall operirt; die Frau starb am 2. Tage p. op. Durch massenhafte Verwachsungen und die Verbreitung [der krebsigen Wucherungen wurde die Operation zu einer äußerst schwierigen; dieselbe nahm 3 Stunden in Anspruch! Trotzdem kam L. dabei zur Ansicht, dass bei weniger vorgeschrittener Erkrankung diese Operation (»opération de Richelot«) nicht übermäßige Schwierigkeiten bieten könne. Der schlechte Mortalitätssatz in Frankreich ($16^1/_2$—35 %) werde durch den Umstand bedingt, dass die meisten Operateure, wie er selbst leider in seinem Falle, bisher erst zu spät zu der Operation sich entschlossen hätten.[

Zeiss (Erfurt).

16) Tod Gilliam. Intraabdominelle Enukleation eines Uterusfibroids.

(Med. rec. 1890. Februar 22. p. 213 f.)

Bei dem Versuch, ein großes Uterusfibroid durch einen Bauchschnitt zu entfernen, zeigte sich die Geschwulst, zumal an ihrem hinteren Theile, so fest mit den Därmen verwachsen, dass ihre Ablösung unmöglich erschien. Es wurde nun die Kapsel eingeschnitten und von der eigentlichen Geschwulst nach allen Seiten abgelöst, was sich als nicht schwierig herausstellte. Der Stiel wurde nun abgebunden und durchschnitten, zugleich auch das fest verwachsene rechte Ovarium abgetragen. Die Kapsel zeigte sich innen ziemlich glatt, einige Gefäße wurden unterbunden. Dank ihrem offenbaren Gehalt an Muskelfasern zog sie sich so zusammen, dass kaum eine Höhle zurückblieb, nachdem der darin gemachte Einschnitt vernäht war bis auf eine kleine Strecke am unteren Ende, deren Schluss nicht möglich war. Der Bauchwand aber konnte weder die Kapsel noch der Stiel, der am Fundus uteri festsaß, genähert werden, folglich wurde Alles versenkt und die Bauchwand geschlossen bis auf eine kleine Stelle zur Einführung eines Glasdrains.

Anfangs verlief die Sache günstig, nach 5 Tagen aber trat Kothbrechen auf. Es wurden nun einige Nähte entfernt, um nachzusehen, ob etwa eine Darmschlinge

in die Höhle der Kapsel gerathen und abgeschnürt sei. Allein dies war nicht der Fall. Trotzdem baldiger Tod. Sektion nicht möglich. Trotz des ungünstigen Ausganges hält G. die von ihm befolgte und als neu angesehene Methode für nachahmenswerth. Das Neue soll offenbar die Versenkung der nicht ganz geschlossenen Kapsel sein, ob aber nachahmenswerth, das erscheint dem Berichterstatter höchst fraglich. **Lühe** (Demmin).

17) **M. E. Potherat** (Paris). Cystöse Degeneration der Ovarien. Trélat's kleinkammeriges Ovarium.

(Bull. de la soc. anat. de Paris 1890. März. p. 151.)

Eine genaue Beschreibung des Genitalapparates einer alten Frau, die P. secirte. Beide Ovarien mandaringroß aus lauter kleinen, höchstens nussgroßen Cysten bestehend, mit kleinen Wucherungen innerhalb der Kammern. Leichte Vergrößerung des nulliparen Uterus. Tuben zeigen Hyperplasie der Muskulatur. Beckenperitoneum zeigt partielle alte Verwachsungen. **Sack** (Langensteinbach).

18) **Alban Doran.** Große Geschwülste der Eierstöcke bei einem 7monatlichen Kinde.

(Sonderabdruck aus den Transact. of the Patholog. soc. of London 1889. p. 8. Mit 1 Tafel.)

Das 7monatliche Kind, dem diese Geschwülste entnommen sind, lebte nur wenige Minuten; die größere Geschwulst gehörte dem linken Eierstocke an und war 6 : 8 cm groß, glänzend fleischroth gefärbt. Sie bestand aus einer etwa 5 mm dicken Hülle mit großer Höhle, immerhin war die Haut weit dicker als diejenige gewöhnlicher Kystome. Das Gewebe derselben war maschig, die Balken selbst waren zwar dünn, aber fest, die Maschen an einzelnen Stellen ausgefüllt mit einer halb durchscheinenden Masse. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass die Balken aus kleinen, dicht stehenden Rundzellen bestanden, dazwischen eine Grundmasse, die meist sparsam war, an Stellen, an denen die Zellen weniger dicht lagen, aber Spuren von faserigem Bau zeigte, etwa Muskelzellen oder wenigstens stark verlängerten großen Bindegewebszellen ähnlich, auch dünnwandige Blutgefäße waren zu unterscheiden. Die Rundzellen ähnelten am meisten denen des Eierstocks in früher Zeit des fötalen Lebens, wo dann sich auch die fibrilläre Struktur des Zwischengewebes vorfindet. Es schien demnach der harte Theil der Geschwulst aus normalem Eierstockgewebe einer noch früheren Zeit zu bestehen. Dennoch war große Ähnlichkeit mit dem Bau eines Rundzellensarkoms vorhanden, wie auch der vorhandene Ascites, die erweiterten Venen und die Verfärbung der Bauchhaut auf Bösartigkeit der Geschwulst hinwiesen. Die Hohlräume zwischen den Balken entstanden durch Entartung der Rundzellen zu einer durchscheinenden (colloiden? Ref.) Masse. **Lühe** (Demmin).

19) **Krönlein** (Zürich). Einige Bemerkungen zu Gunsten des konservirenden Verfahrens bei der Myomotomie.

(Beiträge zur klinischen Chirurgie; herausgegeben von Bruns, Czerny, Krönlein und Socin. Sonderabdruck.)

Ein in dieser Arbeit geschilderter Fall von K. liefert den Beweis, dass selbst nach ausgedehnter Uterusresektion, ausgeführt wegen eines großen, nicht gestielten, sondern breitbasig aufsitzenden Fundusmyoms Konception, normale Schwangerschaft und für die Mutter glücklich verlaufende Entbindung möglich ist.

Der Fall betrifft eine 26 Jahre alte verlobte Dame, welche wegen eines $3^1/_2$ Kilo schweren subserösen Myoms zur Operation kam. K. exstirpirte nach Anlegung eines Gummischlauches um Uterus und Adnexe die Geschwulst, welche sich oberhalb der Abgangsstelle der Gebärmutteranhänge entwickelt hatte, unter Erhaltung der letzteren. Die 25 cm lange Wundfläche wird durch 3fache Etagennaht mit Sublimatseide und schließliche besondere Serosanaht vereinigt; die Uterushöhle wurde nicht eröffnet. Heilung glatt. Nach $3^1/_2$ Monaten verheirathete sich die Dame und koncipirte 4 Monate später. Die Entbindung eines lebenskräftigen

Kindes erfolgte 14 Tage vor dem erwarteten Termin und wurde von Wyder durch Anlegen der Zange an den im Beckenausgang befindlichen Kopf vollendet. Die Narbe des Uterus war dabei deutlich zu fühlen und hielt gut wie auch die Bauchnarbe.

Auf Grund dieses in der Litteratur einzig dastehenden Falles tritt K. energisch für das erhaltende Verfahren ein. Die verbesserte Technik liefert eine sehr widerstandsfähige Uterusnarbe, welche eine Uterusruptur vermeiden lässt. K. wünscht, dass die principielle Forderung der Kastration bei Fällen von Myomotomie, bei welchen ein Theil des Fundus entfernt werden muss, nicht mehr in der Allgemeinheit aufrecht erhalten werde, wie dies auf die Hegar-Kaltenbachsche Empfehlung hin bisher geschah. **F. Spaeth** (Hamburg).

20) Manton. Plötzliche Entleerung der Harnblase als Ursache einer Blasenblutung.

(Sonderabdruck aus the amer. lancet 1890. August. p. 7.)

Eine rasche Entleerung der sehr stark ausgedehnten Harnblase verursacht zuweilen eine Blasenblutung, die unter Umständen tödlich sein kann. Es handelt sich in diesen Fällen stets um ein vorher schon verändertes, verdicktes Gewebe der Blasenwand, in welchem stark erweiterte Gefäße mit dünnen Wandungen verlaufen. Wird nun die Blase stark ausgedehnt, so werden diese Gefäße zusammengedrückt und blutleer. Wenn darauf durch schleuniges und vollständiges Ablassen des Harns der Druck plötzlich aufhört, so füllen sich die Gefäße eben so rasch wieder und ihre schwachen Wandungen können nun den Druck des Blutes nicht aushalten, so dass sie reißen und unaufhaltsam Blut aus ihnen ausfließt. Es ist daher in Fällen von übermäßiger Ausdehnung der Harnblase empfehlenswerth, sie nur langsam und in Absätzen zu entleeren. **Lühe** (Königsberg).

21) Macan (Dublin). Ein Fall von erfolgreichem Kaiserschnitt.

(Dublin. med. journ. 1890. Mai.)

Ipara, 3 Fuß $7^1/_2$ Zoll hoch. Sp. il. 23 cm, Cr. il. 23,3 cm; C. d. 6,25, C. v. ca. 4,5 cm. Im Beginn der Geburt. Placenta an der vorderen Wand getroffen; elastische Ligatur, Kind lebend extrahirt. 17 Knopfnähte, Seide, einfach nach Art der Bauchnaht, vereinigen die Uteruswunde; keine ferneren Peritonealnähte. Ziemlich starke Nachblutung, aber dann glatte Heilung. Mutter und Kind erhalten. **Zeiss** (Erfurt).

22) Harris. Betrachtungen über die Kaiserschnitte in Philadelphia von 1835—1889.

(Amer. journ. of the med. sciences 1890. Februar. p. 109.)

H., der unermüdliche Forscher auf dem Gebiete des Kaiserschnittes, stellt hier die in der Stadt Philadelphia von den älteren Zeiten bis auf die jetzigen Tage ausgeführten Kaiserschnitte zusammen, um daraus belehrende Schlüsse zu ziehen. Sehr merkwürdig und auffallend ist in der Tabelle, welche 18 Operationen enthält, wie in der allerersten Zeit einige glückliche Ausgänge zu verzeichnen waren, während in der Mitte eine ganze Reihe von Misserfolgen und erst in der Neuzeit wieder Genesungen folgen. Im Ganzen sind unter den 18 Fällen 9 Todesfälle = 50 %; 6mal wurde nach der alten Methode operirt, mit 4 Todesfällen = 66 %; davon wurden 3 nicht genäht (1835—1869), worunter die 2 Genesenen. H. giebt bei den späteren mit Naht behandelten Fällen dem angewandten Material, Katgut, Schuld, welches nachgegeben habe, theilweise auch nicht ordentlich geknotet gewesen sei, so wie auch der zu geringen Anzahl der Nähte; einmal wurde Seide und Silberdraht benutzt, hier war aber der Zustand der Operirten so schlecht, dass eine Genesung kaum zu erwarten war. Dieser Fall ist noch in so fern von Bedeutung, als es der erste von einem weiblichen Arzt operirte war.

Von den 3 nach Porro Operirten genaß eine, von Richardson, bei welcher die Verhältnisse dadurch besonders günstige waren, dass die Frau, eine Zwergin von noch nicht ganz 4 Fuß Höhe, noch gar nicht in Wehen war, sondern kurz vor Ablauf der Schwangerschaft operirt werden konnte; auch das Kind blieb am

Leben. Auch die anderen beiden nach Porro Operirten waren noch nicht am Ende der Schwangerschaft, doch war die eine, rachitische, Frau durch Nephritis in schlechter Verfassung, während die andere, bei welcher eine Beckengeschwulst die Indikation stellte, noch in gutem allgemeinen Kräftezustand war.

Sehr viel günstiger sind die Erfolge der 8 Operationen nach Sänger mit nur 2 Todesfällen, und muss besonders hervorgehoben werden, dass die 6 letzten Operationen sämmtlich für Mutter und Kind günstigen Ausgang nahmen, wogegen in den beiden tödlich verlaufenen Fällen die Früchte schon abgestorben und macerirt waren, so wie dass nicht allein die Geburt schon lange vor der Operation begonnen hatte, sondern dass auch verschiedene Entbindungsversuche vorangegangen waren. Diesem letzteren Umstand zumal legt H. das größte Gewicht bei und erklärt es für höcht wichtig, dass möglichst kurze Zeit nach Beginn der Wehen verflossen sei, womöglich schon etwas vor völligem Ablauf der Schwangerschaftszeit operirt werde. Am schädlichsten aber sind vorangegangene mehr oder weniger energische vergebliche Entbindungsversuche. Dass jedoch auch selbst unter den ungünstigsten Umständen noch ein guter Ausgang möglich ist, beweisen 2 Fälle, der eine 2 Wochen, der andere 2 Tage nach Beginn der Wehen operirt, trotzdem beide Mütter und Kinder am Leben geblieben (Operateure Howard Kelley und Wilson). Einen Fall sondert H. ganz von den übrigen Operationen ab, indem es sich hier nur um Erhaltung der Mutter, nicht auch des Kindes handelte, welches noch nicht lebensfähig und schon abgestorben war; es handelte sich um ein Fibromyom des Uterus, Operateur Hayes Agnew, die Frau starb.

Von den 18 Kindern wurden im Ganzen 14 erhalten. Bedenkt man nun, dass die übrigen 4 zur Zeit der Operation schon todtfaul waren, so ist dies Ergebnis gewiss ausgezeichnet, wenn es auch freilich durch mehrere bald folgende Erkrankungen der Kinder mit tödlichem Ausgang getrübt wurde.

Immerhin ist namentlich auch die sichtliche Besserung der Resultate in neuester Zeit höchst ermunternd und wird nach H.'s Ansicht der Sänger'sche Kaiserschnitt immer mehr die Kraniotomie verdrängen. **Lühe** (Königsberg).

23) C. Hirst. Wiederholte Laparotomie.

(Med. age 1890. No. 7.)

Bei einer jungen Frau war 2 Jahre zuvor die Kastration gemacht. Ein halbes Jahr lang war sie beschwerdefrei. Dann trat die Menstruation wieder ein und kehrte regelmäßig, aber mit sich steigernden linksseitigen Schmerzen wieder, schließlich unter Krampfanfällen. Bei der zweiten Laparotomie fand sich ein Drittel des linken Ovarium mit 4 Seidenligaturen, in ihm ein großer, frischer, geborstener Graf'scher Follikel. **Graefe** (Halle a/S.).

24) R. Paillotte. Die Ernährung der Neugeborenen.

Thèse de Paris, G. Steinheil, 1890.

Die Dissertation P.'s bringt nichts Neues. Er giebt der Ernährung des Kindes durch die Mutter vor jeder anderen den Vorzug. Er empfiehlt bei schlecht entwickelten oder wunden Warzen den Gebrauch von solchen Saughütchen, die sich lange aseptisch erhalten lassen. Mehrere derselben beschreibt er. Die Ernährung des Kindes von der Mutter und gleichzeitig mit der Flasche zieht er der durch eine Amme und dem in Frankreich beliebten aufs Land Geben des Kindes vor.

Die Verdauungsstörungen, welche sich so oft bei künstlicher Ernährung einstellen, scheinen besonders durch eine Intoxikation verursacht, welche entweder auf Mikroben oder Ptomaine zurückzuführen ist. Man kann sie größtentheils vermeiden, wenn man die Kinder mit durch Hitze sterilisirter Milch ernährt.

Graefe (Halle a/S.).

25) Pratt. Fall von retro-uteriner Tubenschwangerschaft mit völliger Stuhlverstopfung; Operation, Genesung.

(New York med. journ. 1890. Februar 8. p. 152.)

Unter Auftreten von Schwangerschaftszeichen entwickelt sich eine Geschwulst des Unterleibes, welche in die Scheide sich vorwölbt und etwa im 6. Monat zu

gänzlicher Stuhlverstopfung durch 13 Tage hindurch führt. P. eröffnete den Sack von der Scheide aus mit dem Thermokauter, wendete den darin enthaltenen Fötus auf die Füße und extrahirte, ließ aber die Placenta zurück. Der Sack wurde mit Jodoformgaze ausgestopft. Allmähliche Verkleinerung des Sackes und stückweise Ausstoßung der Nachgeburt, Genesung. **Lühe** (Königsberg).

26) Alban Doran. Weiterer Verlauf des Falles von primärem Tubenkrebs, berichtet in dem 39. Band der Verhandlungen der pathologischen Gesellschaft in London.

(Sonderabdruck aus den Verhandlungen der pathologischen Gesellschaft in London 1889. 8. p. 8. Mit 1 Tafel Abbildungen.)

Am 1. März 1888 hatte Thornton eine Geschwulst abgetragen, welche sich als die krebsig entartete Tube herausstellte. Schon im September wurde ein Recidiv entdeckt, den 23. Januar 1889 erfolgte der Tod. Es fand sich Krebsentwicklung im Stumpf der linken Anhänge, so wie im Uterus, der Blase, auch war im rechten Ovarium, welches von Thornton theilweise zurückgelassen war, eine kleine runde Neubildung vorhanden, etwa $^3/_4$ Zoll im Durchmesser. Thornton konnte nur wenig von dem Ovarium zurückgelassen haben, da zur Zeit des Todes, 1 Jahr nach der Operation, die Neubildung noch so klein war. D. sieht daher seine Annahme bestätigt, dass die große Krebsgeschwulst in der Tube damals als primär aufzufassen war, während die kleine Geschwulst in dem Eierstock, so wie die später auftretenden sekundär sich entwickelten.

D. glaubt, dass der Krebs in den Tuben in papillomatösen Wucherungen derselben entstehe, meist nahe der Menopause, in Begleitung mit Scheidenausfluss. Sein Verlauf ist hier langsamer als in anderen Organen, besonders im Eierstock. Außer diesem Fall sind nur noch 2 Fälle primären Tubenkrebses bekannt, einer von A. Martin in Berlin, einer von Kaltenbach. Von primärem Sarkom der Tuben sind nur 2 Beobachtungen veröffentlicht, von Senger und Landau.

Lühe (Königsberg).

27) Bernays. Ektopische Schwangerschaft, Bauchschnitt; Genesung.

(St. Louis Clinique of Physicians and Surgeons 1890. Februar. p. 102.)

2 Monate lang Menstruation ausgeblieben, dann unter heftigem, kolikartigem Schmerz durch 4 Wochen hindurch Blutung; Untersuchung ergiebt faustgroße Geschwulst im rechten Parametrium. Sonde dringt 8 cm tief in den Uterus ein. Zur Sicherung der Diagnose wird noch ein dünner Trokar eingestoßen, der aber nur Blut entleert. Am nächsten Tage Bauchschnitt, wobei sich alte Blutgerinnsel in der Bauchhöhle vorfanden. Geringe Verwachsungen wurden leicht gelöst, der Stiel, bestehend aus Tube und breitem Mutterband, unterbunden und der Eisack abgetragen, dann ohne Toilette die Bauchhöhle geschlossen. Ungestörte Genesung in 3 Wochen vollendet. **Lühe** (Königsberg).

28) Baldy. Ein Fall von ektopischer Schwangerschaft ohne charakteristische Erscheinungen.

(Med. news 1890. Februar 15. p. 169.)

Schmerz im Becken bei regelmäßiger Menstruation. Gebärmutterblutung, aber kein Abgang von Deciduafetzen, Fieber und Fröste waren die Erscheinungen, welche das Auftreten cystischer Massen an beiden Seiten in der Gegend der Tuben begleiteten, so dass doppelseitige Pyosalpinx angenommen wurde. Bei der Ausführung des Bauchschnittes fand sich aber rechterseits eine Tubenschwangerschaft, linkerseits eine hühnereigroße Eierstockscyste. Hier war die richtige Diagnose nicht zu stellen gewesen. **Lühe** (Königsberg).

29) E. Rotter. Harnröhren-Ausspritzungen bei dem weiblichen Tripper.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 23.)

Nach Verf. Anschauung ist die Leistungsfähigkeit des weiblichen Blasenschlussapparates eine bedeutend größere, als bisher geglaubt wurde. Verf. hat innerhalb Jahresfrist bei 4 Pat. Injektionen mittels einer, etwa 1 cm tief eingeführten Oidtmann-Zinnspritze vorgenommen und konnte konstatiren, dass der Blasensphincter

sicher abschloss und die Injektionsflüssigkeit jedes Mal prompt zurückwarf. Die Injektionsflüssigkeit bestand aus der vom Verf. angegebenen antiseptischen und mäßig adstringirenden Lösung (1 R.'sche Pastille auf ¼ Liter Aqua). Der Erfolg war überraschend: Vom 2. Tage ab blieben die Strangurieerscheinungen verschwunden und vom 3. Tage ab cessirten auf lauwarme Scheideneinspülungen mit der Pastillenlösung in halber Stärke und täglich 3stündige Einlage eines damit getränkten Tampons auch die stets reichlich vorhandenen Vaginalblennorrhöen.

Rudolf Müller (München).

30) **A. Mijnlieff** (Breukelen). Eine geburtshilfliche Mittheilung.

(Separatabdruck aus: Der Frauenarzt 1890.)

Eine 30jährige Ipara, welche am 6. Mai ihre letzten Menses gehabt, erkrankte am 16. September auf die Nachricht des Todes einer Freundin am Kindbettfieber. Wehen, Abgang von Meconium. In den nächsten Tagen wurden die kindlichen Herztöne schwächer, die Bewegungen undeutlicher, bis sie ganz verschwanden. Dann trat wieder Euphorie der Mutter ein, welche nur durch das Ausbleiben der Geburt, deren Termin schon überschritten war, geängstigt wurde. M. suchte dieselbe durch Heißwasserinjektionen (3mal täglich 5 Liter von 42° C. bei Druckhöhe von 2—2½ m) einzuleiten, was nach 3 Tagen gelang. Am 3. Tage Fieber bis 40,8. Kopf beweglich über dem Becken; Abgang von Hirnsubstanz. Anlegen des Kranioklasten missglückte wegen einer Striktur des Uterus. Entwicklung des Schädels, dann des Thorax mit dem stumpfen Haken. Wochenbettsverlauf durch vorübergehende Temperatursteigerung gestört.

M. sieht in diesem Falle die Ursache des Absterbens der Frucht in der heftigen Gemüthsbewegung, in welche die Schwangere durch die Todesnachricht versetzt wurde, in der aus jener resultirenden Angst um ihr eigenes Leben. Er nimmt an, dass jene vasomotorische Störungen eine vasoparalytische Hyperämie zur Folge gehabt, die zu Blutungen in die Placenta bezw. zwischen sie und Uteruswand geführt, den fötalen Gaswechsel vermindert und so das Absterben der Frucht veranlasst hätten.

Graefe (Halle a/S.).

31) **A. Valenta** (Laibach). Geburtshilflich-gynäkologische Mittheilungen.

(Memorabilien 1889. Hft. 4.)

I. Ein Fall von gänzlichem Mangel der inneren Genitalien mit einer kaum angedeuteten Vulva bei entsprechend entwickelten Brustdrüsen.

Es handelte sich um eine 30jährige, seit 8 Jahren verheirathete Frau. Der Ehemann hatte bislang keine Ahnung von dem Defekt bei seiner Frau, da der — für diese mit einem gewissen Wollustgefühl verbundene — Beischlaf durch die erweiterte Urethra in der Weise vollzogen wurde, dass nur die Glans penis eindrang. Incontinentiae urinae bestand nicht.

II. Die Bauchpresse als einfachstes Mittel zur endgültigen spontanen Ausstoßung eines Abortiveies der ersten drei Monate. V. glaubt, dass kaum 2% Abortus der ersten drei Monate mit ärztlicher Nachhilfe beendet werden, ferner, dass bei angeblich steril verheiratheten Frauen sehr oft unerkannte Aborte vorkommen und in diesen die Ursache der Sterilität zu suchen sei. — Aus dem häufigen spontanen Verlauf der Aborte zieht Verf. den Schluss, dass der Arzt stets verpflichtet sei, diesen Vorgang thunlichst nachzuahmen. Er empfiehlt daher ein abwartendes Verfahren, auch wenn es nicht unerheblich blutet. Nur wenn die Blutung bedrohlich wird, räth er zu tamponiren.

Sind Wehen eingetreten, ragt der untere Eipol durch den Muttermund in die Scheide, so soll die Schwangere regelrecht mitpressen und bei sich einstellendem Stuhldrang hockend auf ein Nachtgeschirr gesetzt werden. Nach V.'s Beobachtungen wird dann plötzlich unter heftigen Wehen das Ei ausgestoßen.

Graefe (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

BOSTON MEDICAL
DEC 22 1890
LIBRARY ASS'N

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 49. Sonnabend, den 6. December. **1890.**

Inhalt: **Popow**, Zur Frage über die Veränderungen der Ovarien bei Fibromyoma uteri. (Original-Mittheilung.)

1) **Krause**, Perineoplastik. — 2) **Hazslinszky**, Apostoli. — 3) **Tillaux**, Dammzerreißungen. — 4) **Marshall**, Zähne und Mund. — 5) **van der Meij**, Steißgeburten. — 6) **Bitter**, Creolin.

7) Gynäkologische Gesellschaft zu Berlin. — 8) **Mattersdorf**, Kastration. — 9) **Jacquinot**, Syphilis. — 10) **Coopman**, Rigidität des Muttermundes. — 11) **Šišman**, Hymenal-Impermeabilität. — 12) **Blanc**, Kaiserschnitt. — 13) **Annandale**, 14) **Ryau**, Intussusception. — 15) **Meyer**, Geburtskomplikation. — 16) **Vossius**, Metastatische Ophthalmie. — 17) **Balls-Headley**, Lipom der großen Labien. — 18) **v. Święcicki**, Ersatz der künstlichen Frühgeburt.

(Aus der Klinik des Herrn Prof. Lebedeff zu St. Petersburg.)

Zur Frage über die Veränderungen der Ovarien bei Fibromyoma uteri[1].

Von
Dr. med. **Popow.**

Im Hinblick auf das häufige Auftreten gutartiger Geschwülste der Gebärmutter und den Einfluss, den der Zustand der Ovarien auf das Weib ausübt, ist es äußerst wichtig zu bestimmen, welche Veränderungen dieselben namentlich bei Fibromyoma uteri erdulden.

Diese Frage erscheint nicht nur in allgemeiner — rein theoretischer — Beziehung von Interesse, sondern auch in klinischer, um dieses mannigfaltige Bild der klinischen Symptome, welche bei Fibromyoma uteri beobachtet werden, zu erklären. Andererseits sind unsere gegenwärtigen Kenntnisse der Ovarien noch so unvollständig, dass weitere Untersuchungen in dieser Richtung sehr erwünscht wären, um so mehr da die per Laparotomiam erhaltenen Eierstöcke, im Gegensatz zu den von Leichnamen entnommenen, das frischeste und schönste Material für das Studium darbieten.

[1] Russisch. Inaug.-Diss. 1890. Mai. 8°. 109 S. mit 4 lith. Tafeln.

In Folge dieser Daten unternahm ich auf Anrathen und unter unmittelbarer Leitung meines verehrten Lehrers Herrn Prof. A. S. Lebedeff, eine Reihe von Untersuchungen, welche an durch Kastration entfernten Ovarien ausgeführt wurden.

Was die Litteratur dieser Frage betrifft, könnte ich im Allgemeinen sagen, dass mehrere Autoren festgestellt haben, dass bei Fibromyoma uteri die Eierstöcke immer mehr oder weniger verändert sind.

Obgleich auf diese Veränderung von den Autoren nicht ausführlich hingewiesen wird, so könnte man doch aus den zufälligen Beobachtungen und Untersuchungen den allgemeinen Schluss ziehen, dass nicht selten eine cystische Degeneration beobachtet werden kann (Virchow, Schücking, Müller, Dupley, Tait, Malcolm, Bulius), eben so die interstitielle Oophoritis (Virchow, Müller, Thornton) und die charakteristischen Veränderungen in den Gefäßen in ihrer Quantität und ihrer histologischen Struktur der Wände (Malcolm, Duplay, Bulius). Das Material, welches meinen Untersuchungen unterworfen war, umfasste 40 Eierstöcke, welche durch Kastration von Frauen, die an Fibromyoma uteri litten, erhalten worden waren.

Diese Kranken waren alt:

von	25	bis	30	Jahre	1
»	30	»	35	»	5
»	35	»	40	»	6
»	40	»	45	»	6
älter	als		45	»	2

In Betracht auf die produktive Thätigkeit hatten nicht geboren 14, 1mal geboren 3, 2mal geboren 3.

Eine dichte Struktur der Geschwülste, 2 Fälle von kavernösem Myoma ausgenommen, fand sich bei den übrigen 10 Kranken, wobei sich die Fibromyome inwendig entwickelten.

Was die makroskopischen Eigenthümlichkeiten der Ovarien anbetrifft, so konnte eine Vergrößerung der Dicke derselben mehr als in der Hälfte aller Fälle beobachtet werden, ungeachtet dessen, dass ein Theil dieser Ovarien von Frauen herstammten, welche sich dem klimakterischen Alter näherten, dem aber eher eine Verflachung der Ovarien eigen ist (Waldeyer).

Für die histologischen Untersuchungen wurden die Präparate mit Osmiumsäure, Sublimat und Spiritus verschiedener Koncentration bearbeitet, in Photoxilin oder Paraffin eingebettet und die nach einander folgenden Schnitte mit Hämatoxilin, Eosin, Pikrokarmin und mit gesättigter wässeriger Lösung von Saphranin gefärbt.

Die so dargestellten Präparate gaben mir die Möglichkeit zu folgenden Resultaten zu gelangen:

1) Bei Fibromyoma uteri erleiden die Ovarien fast immer Veränderungen, welche mehr oder weniger ausgesprochen sind und bald die Oberfläche (Albuginea), bald das interstitielle Gewebe, bald das Parenchym des Eierstockes d. h. seine Follikeln betreffen.

2) Am meisten sind Veränderungen des interstitiellen Gewebes zu beobachten, wobei, wie eine beständige Erscheinung, die Vorwucherung des Bindegewebstromas mit Vergrößerung der Masse des Eierstockes angetroffen wird.

3) Dieser interstitielle Process erscheint bald längs der ganzen Corticalschicht gleichmäßig verbreitet, oder er trifft das Gewebe örtlich in Form kleiner Nester, oder endlich er ist zugleich auch in der Peripherie der Gefäße und Nervenfasern bemerkbar und charakterisirt sich durch Verdickung der Gefäßwände mit successiver Verengung der Lumina und durch Verdickung des Perineuriums der Nervenfaser mit Atrophie der einzelnen Fasern.

4) Es nehmen dabei die Follikel des Eierstockes einen zweifachen Antheil: entweder a) beobachtet man einen verstärkten Wuchs der Follikel, wobei jeder Eierstock aus mehreren kleinen Höhlungen zu bestehen scheint (kleincystische Degeneration), histologisch die Graaf'schen Follikel in verschiedenen Stadien ihrer Entwicklung darstellend; oder b) die Follikel gehen zu Grunde, atresiren sich. Dieser Atresie sind sowohl die primären Follikel als auch die Graaf'schen Follikel unterworfen.

5) Derselbe Process der Atresie findet auch Platz bei der sogenannten kleincystischen Degeneration, wobei, der Größe der ausgedehnten Follikel gemäß, als Resultat der Atresie Körper verschiedener Größe (Corpora albicantia) entstehen, ähnlich denen, welchen wir an Stelle der Corpora lutea begegnen.

6) Diese Verödung der hyperplasirten Graaf'schen Follikel ist, augenscheinlich, der häufigste Ausgang der Erkrankungen des Eierstockes (Oophoritis follicularis). Die Haupteigenthümlichkeit derjenigen Corpora albicantia, welche an Stelle der verödeten Graaf'schen Follikel erhalten werden, ist die Abwesenheit der Dotterzellen, obschon in einzelnen Fällen Häufchen eines Pigmentes im Centrum oder in der Peripherie, als ein Rest vorhergegangener Blutung in die Höhlung des Graaf'schen Follikels angetroffen werden können.

7) Die Marksubstanz einiger Ovarien hat einen großen Gefäßreichthum.

---

1) **W. Krause.** Die Methoden der Perineoplastik, dargestellt im Anschluss an dreißig, nach dem Lawson Tait'schen Princip operirte Fälle.

Inaug.-Diss., Dorpat, Schnakenburg's Buchdruckerei, 1890.

K. beschreibt nach einem kurzen Überblick über die Methoden der Perineoplastik eine von Küstner angegebene Modifikation der Lawson Tait'schen. Jener geht von dem Gedanken aus, dass man bei Schaffung der frischen Wundfläche sich möglichst genau an die Gestalt des frischen Dammrisses halten müsse, bei der Vereinigung nur anatomisch Zusammengehöriges an einander fügen dürfe. Als Marken für die Septumspaltung dienen ihm nicht die hinteren

Grenzen der kleinen Labien, sondern die Ausläufer der Hymenreste nach hinten. Sie werden mit je 2 »Dents des rats« gefasst und angezogen, wodurch die zwischen ihnen liegende Narbe gespannt und deutlich sichtbar wird. Der Schnitt fällt genau zwischen beide Karunkeln. Verlängerungen nach vorn oder hinten werden nicht vorgenommen. Mit je einer Schieberpincette wird nun der nach der Vagina und der nach dem After zu gelegene Wundrand gefasst und sie nach oben und unten aus einander gezogen, das Septum so hoch hinauf gespalten, dass die beiden Carunculae myrtiformes bequem einander genähert werden können und ohne Spannung an einander liegen. Die den Wundrand des vaginalen Lappens in der Mitte fassende Pincette bezeichnet den Punkt, welcher bei der Naht am höchsten hinauf in die Scheide zu liegen kommt, die den analen Lappen fassende das Ende des Risses am Hautdamm.

Bei totalen Dammrissen verfährt Küstner in gleicher Weise. Auch hier werden die Carunculae myrtiformes als Endpunkte für den Spaltungsschnitt genommen. Die Narbe verläuft stets schief zur horizontalen Ebene und zur Medianlinie und über den Wulst hin, in welchen das untere Ende des Septum ausläuft. Der Schnitt fällt in den Verlauf dieser Narbe. Als allgemeine Vorzüge seiner Methode giebt Küstner an, dass sie es gestatte, in jedem einzelnen Falle genau zu individualisiren, sich den gegebenen Verhältnissen genau anpassen zu können, dass man aber doch feste Punkte habe, an welche man sich jederzeit leicht halten könne. Einer bestimmten Nahtmethode giebt Küstner nicht den Vorzug. Bei sehr hoher Spaltung des Septum empfiehlt er einige versenkte Katgutnähte zu legen. Wegen Mangels der kapillaren Drainage scheint ihm Silberdraht oder Silkwormgut das sicherste Nahtmaterial. Die Nähte werden am 12.—15. Tage entfernt.

Unter 29 nach der Küstner'schen Methode operirten Fällen (19mal waren noch andere operative Eingriffe wie Emmet, Kolporrhaphia ant. nöthig) kam nur ein Misserfolg vor.

Graefe (Halle a/S.).

---

2) **Hazslinszky** (Budapest). Über die Apostoli'sche Behandlung.

(Gyógyászat 1890. No. 15.)

Verf., der sich seit $1^1/_2$ Jahren mit der elektrischen Behandlung von Frauenkrankheiten befasst, giebt das leider nur sehr kurze Résumé von 8 auf diese Art behandelten Fällen; diese sind folgende:

1) Ein 3 Finger breit über den Nabel reichendes subseröses Myom verkleinerte sich nach 47 Sitzungen bis zum Nabel; zugleich schwanden die vorher bestandenen Druckbeschwerden, Dyspnoë, hartnäckige Diarrhoe; der Uterus wurde beweglich und der Bauchumfang um 3—4 cm kleiner.

2) Eine 39jährige, mit einem faustgroßen Myom behaftete Frau leidet seit ihrem 15. Lebensjahre an Dysmenorrhoe und seit 3 Mo-

naten an unregelmäßigen Blutungen. Nach der ersten Sitzung hörte die Blutung auf, und die folgende Periode verlief ohne Schmerzen. Nach 16 Sitzungen verkleinerte sich die Geschwulst auf die Hälfte und die Pat. war sowohl von ihren Blutungen, als ihren dysmenorrhoischen Schmerzen vollständig geheilt.

3) Bei einer an hochgradiger Dysmenorrhoe (mit Zittern an den Extremitäten, Bewusstlosigkeit, Herzkrämpfen und Ohnmachtsanfällen) leidenden Frau verlief die folgende Menstruation nach 2 Sitzungen fast schmerzlos.

4) Subinvolution des Uterus nach einem Abort wurde nach 3 Sitzungen geheilt (Schmerzen, Empfindlichkeit und Blutungen hörten auf, die Gebärmutter wurde normal groß).

5) Ein kleinfaustgroßes Myom, das von dem einen Horn eines Uterus bicornis ausging, bildete sich nach 20 Sitzungen vollständig zurück.

6) Eine seit 6 Jahren bestandene Dysmenorrhoe wurde nach 6 Sitzungen geheilt. (Seit der letzten Sitzung sind schon 10 Monate verstrichen.)

7) Bei einer hämorrhagischen Metritis schwand die Blutung nach einer Sitzung.

8) Auch ein anderer Fall hämorrhagischer Metritis besserte sich bedeutend nach 10 Sitzungen.

In fast allen diesen Fällen wurde die sondenförmige Elektrode theils mit dem positiven, theils mit dem negativen Pol angewendet. Als breite Elektrode benutzte er einen flachen Schwamm.

Schade, dass Verf. die Dauer der Sitzungen und die Stärke der Ströme nicht angiebt; er empfiehlt nämlich als Einheit bei der Apostoli'schen Behandlung einen 100 Milliampères starken und 1 Minute lang einwirkenden galvanischen Strom zu nehmen, welcher Vorschlag aber nach der Ansicht des Ref. durchaus nicht rationell ist, denn ein 20 Minuten lang einwirkender, 10 Milliampères starker Strom hat eine ganz andere Wirkung, als ein 200 Milliampères starker Strom, der nur 1 Minute lang angewendet wird.

Temesváry (Budapest).

---

3) **Tillaux** (Paris). Zerreißungen des Dammes etc.

(Gaz. des hôpitaux 1890. No. 30. p. 279.)

Nur komplete Dammrisse sollten stets operirt werden und diese auch nicht vor Ablauf von 6 Monaten post partum. Die Methode von Hue und Emmet sei allen anderen vorzuziehen. Rathsamer sei es, anstatt nach der Operation in der Urethra einen Verweilkatheter zu lassen, die Operirte mehrmals täglich zu katheterisiren und daran eine Scheidenausspülung anzuschließen. Verwerflich sei es, den Stuhlgang künstlich hintanzuhalten, da die sich ansammelnden Kothmassen dem Operationsterrain mehr Gefahr als die milden Klystiere bringen.

Sack (Langensteinbach).

---

4) **Marshall.** Zähne und Mundhöhle der Schwangeren.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1890. Februar 21. p. 260.)

Die alte Volksregel: »für jedes Kind einen Zahn« beruht auf richtigen Beobachtungen. Es kann aber viel zur Verhütung des üblen Einflusses der Schwangerschaft auf die Zähne gethan werden.

Sehr häufig ist eine Vermehrung der Speichelabsonderung, welche früh eintritt und sich zwischen 4. und 5. Monat zu verlieren pflegt, nur selten bis zum Ende der Schwangerschaft, ja selbst einige Wochen darüber hinaus anhält und sogar das Leben bedrohen kann. Dabei ist meist der Wassergehalt vermehrt, Schramm sah das Ptyalin einmal ganz fehlen. Die Schleimhaut der Mundhöhle ist geröthet und geschwollen, auch die Speicheldrüsen pflegen zu schwellen. Aber auch ohne diese Speichelvermehrung kann Gingivitis auftreten nach Pinard häufiger bei Mehrgebärenden als bei Iparen. Röthung und Schwellung so wie leichtes Bluten beim Kauen und Zahnbürsten sind die Erscheinungen, die Absonderung reagirt meist sauer. Daher sind alkalische Mundwässer am Platze und große Sauberkeit.

Zuweilen tritt phagedänische Pericementitis auf, meist in Begleitung von Rheumatismus, Zuckerruhr und Albuminurie, vielleicht in Folge der Anhäufung von Harnsäure oder Harnstoff im Blute bei diesen Erkrankungen. Hier hat die auftretende Schwellung eine Purpurfarbe an den Rändern, welche von den Zähnen abstehen und leicht bluten. Die Zähne selbst werden locker in den Alveolen, aus denen Eiter herausquillt, dabei sind die Zahnwurzeln mit Zahnstein besetzt. Oft schreitet die Krankheit so rasch vorwärts, dass am Ende der Schwangerschaft mehrere Zähne eingebüßt sind, auch nach Ablauf derselben pflegt sie noch fortzubestehen, aber nicht so heftig. Die Behandlung hat durch tiefe Einschnitte für guten Abfluss des Eiters Sorge zu tragen, Lösung von Jod in Kreosotwasser, so wie antiseptische und adstringirende Lösungen als Mundwässer.

Die häufigen Zahnschmerzen sind entweder die Folge der Zahncaries, welche auf die Pulpe dringt, oder auch nur einer Hydrämie dieser Pulpe vielleicht in Zusammenhang mit der allgemeinen Zunahme der Blutmenge. Daher schafft ein Abführmittel oft Erleichterung, sogar gänzliches Aufhören des Zahnschmerzes, wie auch anderer kongestiver Schmerzen, z. B. der Kopfschmerzen, oder eines Tic douloureux etc. Liegt dagegen Pulpitis vor, so muss der Nerv getödtet werden, in der letzten Zeit der Schwangerschaft kann man dies auch verschieben und sich vorerst mit provisorischen Maßregeln begnügen. Namentlich sind auch Goldfüllungen, welche lange Zeit beanspruchen, nicht vorzunehmen.

Nicht selten tritt eine Erweichung und Entkalkung aller Knochen, auch der Zähne in der Schwangerschaft ein, vielleicht zuweilen in Folge einer ungeeigneten, kalkarmen Nahrung. Eine solche ist also zu vermeiden. Die Erweichung der Zähne ist eine der Ursachen für die Caries, welche um so leichter eintritt, als die kalkarm ge-

wordenen Zähne den in der Schwangerschaft im Speichel auftretenden Säuren (Essig-, Salz-, Harn- und Oxalsäure) keinen Widerstand mehr zu leisten vermögen.

Als hauptsächlichste Vorbeugungsmaßregel ist die Benutzung der Zahnbürste dreimal täglich, so wie die Anwendung alkalischer Mundwässer zu empfehlen. **Lühe** (Königsberg).

---

5) **G. H. van der Meij** (Amsterdam). Über Steißgeburten.

(Nederlandsch Tijdschr. v. Verlosk. und Gynaecol. Jahrgang 1. Hft. 3.)

Verf. tritt dem Zweifel'schen Optimismus hinsichtlich der Prognose bei Beckenendlagen entgegen, und setzt in detaillirter Weise aus einander, wesshalb bei Beckenendlagen — auch wenn es an jeder Komplikation fehlt — das Leben des Kindes in Gefahr kommen kann; worauf wir nicht näher einzugehen brauchen.

Was die Geburt betrifft, so will v. d. M. jede normale Beckenendlage, so viel wie möglich, als ein »noli me tangere« betrachtet sehen, und das Austreiben der Frucht bis zum oberen Theile des Rumpfes der Natur überlassen, natürlich unter stetiger Kontrolle der fötalen Herztöne, wie später des Nabelpulses.

Die Frage, ob man bei Beckenendlagen prophylaktisch einen oder beide Füße beim Geburtsanfange herabholen soll, beantwortet er verneinend. Nur beim Vorfallen der Nabelschnur ist es indicirt. Wenn aber das Fruchtwasser schon abgegangen ist, so hält Verf. das prophylaktische Herabholen eines Fußes unter allen Umständen indicirt, nicht wie es Zweifel will, »um nichts zu versäumen zur Stellung einer richtigen Diagnose«, was auch durch die äußere Untersuchung noch möglich ist, doch nur zur Erleichterung der wenn nöthigen Extraktion, bei den so leicht vorkommenden Störungen in der Fortbewegung und Austreibung der Frucht.

Wenn es nicht mehr möglich ist, einen Fuß herabzuholen, so darf man versuchen am Steiß zu extrahiren, und braucht man selbst das Einhaken mit 2 Fingern trotz der von Küstner betonten Gefahr nicht zu scheuen, und M. achtet dieses selbst weniger gefährlich als die Anwendung des stumpfen Haken. Jedoch giebt es Fälle, in denen auch diese nicht zu vermeiden sind.

Wird die Frucht nicht spontan ausgetrieben, so muss man gewöhnlich die Arme entwickeln, und hat man zunächst zu entscheiden, wann dieses vorgenommen werden soll. Folgt man der allgemein gültigen Regel, um den Rumpf so weit zu extrahiren, bis der Angulus inferius des vorliegenden Schulterblattes in der Rima vulvae zu touchiren ist, so läuft man bisweilen Gefahr, den Rumpf zu tief herunterzuziehen und dessen Entwicklung zu erschweren. Es wird also besser sein, die Extraktion des Rumpfes nicht fortzusetzen, sobald der Widerstand beim Extrahiren auffallend größer wird, was auf eine ungünstige Haltung der Arme hindeutet. Bei Beckenverengung sofort nach der Geburt des Nabels die Arme herabzuholen, kann er nur Küstner beistimmen.

Gewöhnlich wird man anfangen, den nach hinten liegenden Arm zu entwickeln, axiale Drehungen zur Entwicklung des nach vorn liegenden Kindes verwirft er eben so wie Küstner. Den Standpunkt der französischen Schule angenommen, achtet er denselben für richtig, da man sich zur Entwicklung des vorliegenden Armes keine unnöthigen Beschwerden macht. Schließlich werden die verschiedenen Methoden der Kopfentwicklung näher berührt. Was den Streit der Handgriffsnomenklatur betrifft, möchte er den Smellie-Veit-schen etc. am besten nach dem Erfinder, einfacherweise nur den Mauriceau'schen nennen.

Auf einen Punkt dieses Handgriffs möchte er besonders die Aufmerksamkeit lenken: es wird nämlich in den meisten Handbüchern — wie z. B. Zweifel's und Winckel's — angegeben, dass man nach der Entwicklung des zweiten Armes das Kinn nach hinten drehen soll, was M. als verkehrt erachtet. Man hat diese Manipulation nur als zur Unterstützung der gewöhnlich spontan auftretenden Drehung des Kopfes um dessen vertikale Achse zu betrachten. Wenn nun die Resistenz des Beckenbodens eine geringe ist und diese Rotirung desshalb nur unvollkommen stattfindet, braucht man der Natur nur zu Hilfe zu kommen.

Auch der Prager Handgriff, wie die Wigand-A. Martin'sche Expressionsmethode, wird näher besprochen, und speciell von der letzteren erwartet er in Zukunft die besten Resultate. Jedenfalls hat man sich vor Übertreibung zu hüten. **A. Mijnlieff** (Breukelen).

---

6) **H. Bitter.** Das Creolin.

Inaug.-Diss., Breslau, 1890.

B. hat in seiner Dissertation die bereits ziemlich umfangreiche Litteratur über das Creolin, seine chemische Zusammensetzung, seine antibakterielle Wirkung, seine Ungiftigkeit resp. Giftigkeit und seine Verwendung in der Praxis zusammengestellt. Wie schon aus einer Mittheilung Born's (1888 No. 20) bekannt, ist es auch in der Breslauer Frauenklinik als Desinficiens versucht worden, jetzt bereits, wie B. berichtet, in mehr als 2000 geburtshilflichen Fällen. Die Resultate sind andauernd ziemlich günstige gewesen. In 4 Fällen traten während Ausspülung des puerperalen Uterus mit Creolin Erscheinungen auf, die den Verdacht einer Intoxikation hervorrufen mussten. Bei 3 Wöchnerinnen stellten sich plötzlich Unruhe, großes Angstgefühl, Übelkeit, Schwarzsehen und Ohnmachtsanwandlungen ein; alle klagten über einen intensiven theer- oder rauchartigen Geschmack im Mund. Dieser hielt längere Zeit an, die anderen Erscheinungen verloren sich bei sofortiger Unterbrechung der Ausspülung schnell. Bei einer 4. Wöchnerin hielt auch große Unruhe und Schwächegefühl mehrere Tage an. Der $1^1/_2$ Tage nach dem Anfall durch den Katheter entleerte Urin war dunkelbraun, schwarz, stark eiweißhaltig. Die Anzeichen der akuten Nephritis gingen nach wenigen Tagen zurück; Eiweiß war auch dann noch nachzuweisen.

Als besondere Vorzüge des Creolin vor anderen Desinficientien hebt B. seine relative Ungiftigkeit für den höheren Organismus, stark desodorirende Eigenschaften hervor, ferner, dass es weniger reizend auf Haut, Schleimhaut und Wundflächen wie jene einwirkt. Außerdem wird durch Scheiden- und Uterusausspülungen mit Creolin die Schlüpfrigkeit und Dehnbarkeit der Scheide in keiner Weise beeinflusst. Eine eigentlich blutstillende Wirkung hat das Creolin nicht. — Nachtheile des Creolins sind die Undurchsichtigkeit der Emulsionen und die Unkontrollirbarkeit des jetzigen Präparates (Creolin Pearson).

Graefe (Halle a/S.).

Kasuistik.

7) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung am 24. Oktober 1890.

Vorsitzender: Herr Olshausen; Schriftführer: A. Martin.

Der Vorsitzende begrüßt die Gesellschaft bei ihrer ersten Vereinigung nach den Herbstferien. Den inzwischen verstorbenen auswärtigen Mitgliedern Prof. Dr. Ludwig Neugebauer Warschau und Prof. Matthews Duncan London wird in üblicher Weise der Tribut ehrenden Andenkens gezollt. Die der VIII. Sektion des X. internat. med. Kongresses gewidmete Festschrift hat die Gesellschaftskasse mit rund 1000 Mark belastet.

Die Namen der zur Aufnahme vorgeschlagenen Ärzte werden verlesen. Die Herren Prof. Küster-Marburg, Saurenhaus-Barmen, Gördes-Münster, Menge-Stettin sind von Berlin verzogen und werden auf Vorschlag des Vorstandes zu auswärtigen Mitgliedern der Gesellschaft ernannt. Die Herren C. Ruge und A. Martin beantragen, mit Rücksicht auf die Belastung der Kasse und verschiedener postalischer Schwierigkeiten, die Versendung der Separatabzüge der Verhandlungen, welche von der Zeitschrift geliefert werden, an die auswärtigen Mitglieder von einer diesbezüglichen Äußerung resp. der Zahlung der daraus erstehenden Kosten abhängig zu machen. Nach Erörterung dieses Antrages, an der sich die Herren Gusserow, Paalzow, C. Ruge und P. Ruge betheiligen, wird der Antrag angenommen.

I. Demonstration von Präparaten:

1) Kaschkaroff (Jaroslaw in Russland). Ein Fall von Myomohysterektomie während der Schwangerschaft mit Hydramnion.

Erlauben Sie mir, meine Herren, ehe ich zur Demonstration dieses Präparates übergehe, einige Worte über einen anderen Fall zu sagen, um, wie ich glaube, den Grund meiner Operationsmethode in diesem speciell zu demonstrirenden Falle besser zu erklären. Diese vorliegenden Photographien stellen eine Kranke vor, welcher ich im April dieses Jahres die Laparotomie machte wegen Cystocarcinoma beider Ovarien mit metastatischen Knoten auf dem Fundus uteri und auf dem großen Netze. Von dem außerordentlich schlechten Befinden der Kranken wollen Sie sich, meine Herren, aus den vorliegenden Photographien überzeugen, die die Kranke vor der Operation und 16 Tage nach derselben darstellen. Als ich die doppelseitige Ovariotomie ausführte, bemerkte ich den carcinomatösen Knoten auf dem Fundus uteri. Wegen der Schwäche der Pat., wie ich meinte, konnte ich nicht die Totalexstirpation ausführen, da ich bei dieser Operation viel Zeit verlieren müsste, und der Puls der Kranken schwächer zu werden anfing, so machte ich die supravaginale Amputation, und wollte schon den Uterusstumpf nähen nach der Schröder'schen Methode. Da sagte mir mein Assistent, dass er den Puls kaum fühlen kann. Ich nahm ein großes Netzstück, schnitt es ab, bestreute den Uterusstumpf mit Jodoform und wickelte ihn mit dem genannten

Stücke herum, rollte ihn mit einem langen Katgutfaden um und knotete den Faden. Den Uterusstumpf habe ich versenkt und den Bauchschnitt vernäht. Wie Sie es schon wissen, genas die Kranke und ist noch bis jetzt in voller Gesundheit. Um diesen Fall zu erklären habe ich folgende Versuche mit Kaninchen gemacht. Ich trug einen Theil des Uterushornes ab, bestreute den Stumpf mit Jodoform und umwickelte ihn mit dem abgeschnittenen Stücke des Peritoneum oder mit aseptisch präparirten thierischen Häuten. Da konnte ich mich von der Anwesenheit des Jodoform auf dem Uterusstumpf während eines oder zweier Tage überzeugen. Als ich den Uterusstumpf ohne ihn zu umwickeln mit Jodoform bestreut hatte, konnte ich es in einzelnen Fällen nach Verlauf einer Stunde nicht finden. Jetzt erlaube ich mir zum oben genannten Falle überzugehen. Die Kranke war eine stark gebaute 40jährige Frau, XIIIpara, die letzte Entbindung fand vor 7 Jahren statt. 2 Monate nach ihrer Entbindung wandte sich die Frau an mich wegen Blutungen, welche sich bei ihr nach der Entbindung eingestellt hatten. Nach der von mir damals festgestellten Diagnose litt die Frau an Fibroma subserosum. Am 6. August d. J. wurde die Frau in meine Abtheilung des Jaroslawer städtischen Krankenhauses aufgenommen. Die letzte Menstruation hatte die Kranke vor 5 Monaten. Die Gebärmutter entsprach an Umfang fast der Gebärmutter zum Schluss der Schwangerschaft. Die rechte Hälfte der Gebärmutter war hart, während die linke deutlich fluktuirte. Am 9. August schritt ich zur Operation. Nach dem Schnitt an der Gebärmutter entleerte sich in ungeheuer großer Menge grünliches, stinkendes Fruchtwasser. Darauf legte ich eine Gummischnur um das Collum uteri und schnitt den größten Theil der Gebärmutter mit ihren Anhängen weg. Nach Abnahme der Gummischnur schritt ich zur Stumpfbildung nach Schröderscher Methode. Nachdem bestreute ich den Uterusstumpf mit einer geringen Menge Jodoform, umwickelte ihn mit einem abpräparirten Stück des Bauchfells und umschnürte ihn mit dünner Gummischnur. Dann versenkte ich den Uterusstumpf und schloss die Bauchhöhle. Glatte Heilung ohne Temperatursteigerung. Ich beabsichtige in Zukunft das aseptische Material zur Bedeckung des Uterusstumpfes aus thierischen Häuten zu bereiten, da die Abpräparirung des Bauchfelles viel Zeit erfordert und nicht immer bequem ist.

2) Herr Bröse zeigt a) einen wegen Carcinom der Portio vaginalis durch die Totalexstirpation entfernten Uterus vor mit linksseitigem Tubentumor. Die stark vergrößerte Tube, an welcher das Ovarium durch Adhäsionen fixirt ist, erweist sich beim Durchschneiden als ein Hämatosalpinx.

b) einen großen durch die Laparotomie entfernten linksseitigen Pyosalpinx.

Der Tumor stammt von einer 33 Jahre alten Pat., welche am 6. Mai a. c. in B.'s Behandlung kam. Die Kranke litt seit längerer Zeit an unregelmäßigen Blutungen, und war bei ihr deshalb schon 2mal von anderer Seite, das erste Mal im Juli 1889, das zweite Mal 24. März 1890 ohne Erfolg der Uterus ausgekratzt worden. Bei der letzten Operation wurde die Kranke anscheinend inficirt. Denn sie machte nach der Operation eine »Unterleibsentzündung« durch, welche sie 3 Wochen ans Bett fesselte und hatte seitdem Schmerzen in der linken Seite; die unregelmäßigen Blutungen dauerten fort.

Bei der Untersuchung zeigte sich der Uterus vergrößert, die linke Uterushälfte verdickt, es wölbte sich ein fast walnussgroßer Tumor aus der Uterusmuskulatur hervor, die Sonde drang nach rechts 8 cm in die Uterushöhle ein. Die linke Tube war verdickt, Ovarium nicht deutlich, die linken Anhänge sehr empfindlich.

Da ein interstitielles Myom diagnosticirt wurde, behandelte B. sie mit dem galvanischen Strom und zwar mit der intra-uterinen Anode. Die erste Applikation wurde gut vertragen. Nach der zweiten, welche im Kurse vorgenommen wurde, nachdem die Kranke von mehreren Theilnehmern untersucht worden war, stellte sich eine Exacerbation der linksseitigen alten Perimetritis ein, welche die Kranke 10 Tage ans Bett fesselte. Am 21. Mai konnte neben dem Uterus ein hartes, über mannsfaustgroßes Exsudat konstatirt werden. Sie wurde weiter mit dem galvanischen Strom behandelt, die unregelmäßigen Blutungen verschwanden nach neun-

maliger Anwendung des positiven Poles, die Uterushöhle wurde kleiner, die Sonde drang nur noch $6^1/_2$ cm ein, das Exsudat wurde kleiner, und aus ihm heraus schälte sich mehr und mehr ein fast mannsfaustgroßer Tumor, welcher mit der seitlichen Wand des Uterus und dem Douglas'schen Raum innig verwachsen war. Die Pat. litt an sehr heftigen, anfallsweise besonders des Nachts auftretenden Schmerzen in der linken Seite, welche B. als Tubenkoliken deutete. Trotz weiterer Anwendung der Elektricität, der intra-uterinen Kathode, der Galvanopunktur ($^1/_2$ cm tief ins Scheidengewölbe) veränderte sich der Tumor nicht. Da die Beschwerden unerträglich waren und der Tumor als Tubentumor diagnosticirt wurde, entschloss sich B. zur Laparatomie.

Dieselbe wurde am 6. September ausgeführt. Sie war schwierig; Darm und Netz mit dem Tumor verwachsen, und dieser selbst durch so feste Adhäsionen im Becken und am Uterus fixirt, dass es nach Durchtrennung des uterinen Endes der Tube nur mit Aufbietung aller Kraft gelang, die Geschwulst aus dem Becken herauszuschälen. Dabei entleerte sich Eiter aus dem Tumor in die Beckenhöhle, und es blutete hinterher aus einem Einriss in das Peritoneum des Beckens nicht unerheblich. Es gelang die Blutung zu stillen. Da auch die rechten Anhänge erkrankt waren (Tube war verdickt, das Abdominalende verwachsen, sie enthielt auf dem Durchschnitt ziemlich viel Sekret), wurden auch diese exstirpirt. Das linke Ovarium konnte bei den starken Verwachsungen im Becken nicht gefunden werden. Pat. machte eine reaktionslose Rekonvalescenz durch und ist bis jetzt von ihren Beschwerden ganz befreit.

Der Tumor war fast mannsfaustgroß und enthielt ca. 120 ccm Eiter. Bei der mikroskopischen Untersuchung (Dr. Gebhard) zeigte sich, dass die Innenfläche des Eitersackes aus Granulationsgewebe, aber nicht tuberkulöser Natur bestand, die Mucosa vollkommen fehlte und durch eine Abscessmembran ersetzt war. Die oberflächlichen Schichten der Muscularis waren kleinzellig infiltrirt. B. berichtet diesen Fall so ausführlich, weil es sich hierbei um die Frage handelt, ob die Entstehung des Pyosalpinx eine direkte Folge der Anwendung der Elektricität ist. Nach B.'s Überzeugung ist dieses nicht der Fall; die Infektion rührte schon von der zweiten Uterusauskratzung her; damals machte die Kranke eine Pelveoperitonitis durch und behielt wahrscheinlich eine eitrige Salpingitis zurück.

Zweifelsohne aber rief der intra-uterine Eingriff, welcher mit der Anwendung des galvanischen Stromes verbunden war, die Untersuchung im Kurse etc., eine Exacerbation der alten Entzündung hervor, welche zur Bildung des Pyosalpinx führte.

Auf den Pyosalpinx hatte, wie übrigens auch Apostoli in seinen Arbeiten betont, die Elektricität keinen Einfluss.

3) Herr Flaischlen legt einen Uterus vor, den er vor einigen Tagen exstirpirt hat und der einer 58jährigen Pat. entstammt, welche seit $^3/_4$ Jahren an blutigem Ausfluss gelitten hatte. Es handelt sich hier um ein ausgesprochenes malignes Adenom der Schleimhaut des Uterus, welches zu bedeutenden die Uterushöhle vollkommen ausfüllenden pilzartigen Wucherungen geführt hat. Die Diagnose wurde hier allein durch das Mikroskop gestellt. F. hatte auf Grund der Untersuchung ausgekratzter Stückchen das Bestehen eines malignen Adenoms angenommen. Herr Carl Ruge war so freundlich die Präparate anzusehen und die Diagnose zu bestätigen. Auf Grund der Stückchendiagnose allein wurde die Exstirpation des Uterus vorgenommen. F. demonstrirt ein mikroskopisches Präparat, welches deutlich zeigt, wie die Drüsenschläuche, den rein adenomatösen Charakter wahrend, in die Uteruswand, dieselbe zerstörend, bereits tief eingedrungen sind.

4) Herr Odebrecht: a) Eine Hydronephrose von einer Frau von 36 Jahren, welche einmal geboren hatte. Im Verlaufe von 3 Jahren entwickelte sich bei der Pat. ein Tumor bis zu fast Mannskopfgröße, ohne aber irgend welche Beschwerden zu verursachen, auch nicht von Seiten der Blase oder Niere. Derselbe saß mehr rechts als links, reichte bis zum rechten Rippenbogen und nach unten so weit, dass man ihn von der Scheide aus fühlen konnte. Zusammenhang mit dem Uterus,

eben so wie ein gesondertes Ovarium nicht zu fühlen. Der Tumor ist höckerig und bietet Fluktuation. In der rechten Bauchhälfte nirgend tympanitischer Ton, auch nicht vor dem Tumor. Diagnose schwankte zwischen Ovarialkystom und Hydronephrose. Für letztere sprach der Sitz und der fehlende Nachweis des Zusammenhanges mit dem Uterus; dagegen das Fehlen jeglicher Beschwerden in den ganzen 3 Jahren und die Unmöglichkeit jemals das Colon ascendens vor dem Tumor nachzuweisen. Bei der Operation erwies sich nun letzterer als Hydronephrose mit 4—5 Liter schmutzig grauer Flüssigkeit und kaum noch Spuren von Nierengewebe. Der Ansatz des Ureters war weit nach vorn gerückt. Das Colon ascendens kam erst zu Tage nachdem der flüssige Inhalt entleert war, und lag dem Tumor an seiner Innenfläche an. Der Sack wurde ausgeschält, Gefäße und Ureter unterbunden, vom peritonealen Überzuge ein Theil resecirt und die Bauchhöhle geschlossen. Linkes Ovarium, in eine Cyste von Orangengröße verwandelt, wird entfernt. Verlauf durchaus günstig, obgleich Pat. bis zum 5. Tage mit sehr beschleunigtem Pulse fieberte. Geheilt entlassen.

b) Einen Uterus, den er auf folgende Weise gewann. Pat., eine Frau von jetzt 45 Jahren, Ipara, litt vor 5 Jahren an einer Analfistel. Chirurgische Bestrebungen, dieselbe zur Heilung zu bringen, erreichten letztere nicht, hatten vielmehr eine vollständige Zerstörung des Dammes bis ins Rectum hinein zur Folge; daher Incontinentia alvi. In den folgenden Jahren Ausbildung eines totalen Prolapsus uteri mit vollkommener Inversion der Scheide; in letzterer Zeit konnte der Vorfall nicht mehr zurückgebracht werden und verursachte erhebliche Schmerzen. Pat. war in einem desolaten Zustande, zumal sie auch noch eine Strictur im Rectum hatte, und bat dringend um Befreiung von ihren Leiden. Daher Entfernung des Uterus nach Fritsch mit Kolporrhaphia anterior, u. zw. in folgender Weise: Zuerst Abpräparirung eines vorderen Lappens, dann Ablösung der Blase von unten her bis fast zur oberen Grenze; nun Fortsetzung der vorderen Schnitte nach hinten bis in den Douglas, Vernähung von Peritoneum und Scheide, Ablösung des Uterus von den Seiten und nach Umstülpung vom Riss der Blase von oben her. Nachdem der Uterus so entfernt, wird die Kolporrhaphia anterior gemacht und das Peritoneum der Blase an den vorderen Scheidenrand, die Blase einstülpend, angenäht. Jodoformgaze. Darauf Perineoplastik nach Lawson Tait-Sänger. Es gelingt aus dem strahligen Narbengewebe einen Damm zu bilden. Operationsdauer 2 Stunden. Pat. sehr collabirt, erholt sich nicht vollständig, geht nach 3 Tagen an Herzlähmung zu Grunde.

Bei der Sektion erwies sich das Peritoneum als gesund, keine Flüssigkeit im Abdomen; Ureteren durchgängig.

Herr Olshausen wirft die Frage auf, ob nicht die Temperatursteigerung in dem Fall von Hydronephrose vielleicht als ein urämisches Fieber angesprochen werden kann, entstanden aus einem Rest von fungirendem Nierengewebe im Stumpf.

Herr Odebrecht bezweifelt diese Annahme, da die Niere vollständig exstirpirt sei.

II. Herr R. Kaltenbach (Halle). Über Hyperemesis gravidarum.

Von dem Krankheitsbilde der Hyperemesis gravidarum sollten alle komplicirenden Erkrankungen, welche auch außerhalb der Schwangerschaft Erbrechen hervorrufen, ausgeschlossen werden. Bei der Hyperemesis gr. im engeren Sinne ist der Sektionsbefund in Sexual- und Verdauungsorganen negativ oder wenig charakteristisch. Das unstillbare Erbrechen der Schwangeren ist wie die leichteren Formen des Schwangerschaftserbrechens nervösen Ursprungs. Die übermäßige Steigerung desselben ist nicht auf bestimmte pathologische Vorgänge in Magen oder Uterus, sondern auf eine besondere Disposition des Nervensystems zurückzuführen, bei welcher die Reflexerregbarkeit erhöht, die Reflexhemmung vermindert ist. Es beruht auf einer funktionellen Neurose, auf Hysterie. In einem, im Sommer 1889 in der Hallenser Klinik beobachteten Falle wurde die exquisit hysterische Gravida von einem Tage zum anderen von ihrer Hyperemesis durch einmaliges Auspumpen des Magens geheilt, nachdem man ihr suggerirt hatte, es sei jetzt die

Krankheitsursache entfernt und sie werde bestimmt nicht mehr erbrechen. Seitdem sind dem Vortr. weitere beweisende Fälle mitgetheilt worden.

Die Zurückführung der Hyperemesis auf Hysterie klärt manche bis jetzt dunkle Punkte in dem Krankheitsbilde der Hyperemesis auf, so den unberechenbaren Verlauf, das plötzliche Aufhören des Erbrechens in Folge irgend einer psychischen oder somatischen Einwirkung, den Erfolg der verschiedenartigsten auf zum Theil recht seltsame ätiologische Vorstellungen begründeten Behandlungsmethoden.

Anomalien von Uterus und Magen haben neben der Neurose nur die Bedeutung begünstigender Hilfsursachen. Sollten weitere Beobachtungen den häufigen oder gar konstanten Zusammenhang der Hyperemesis mit Hysterie beweisen, so müssen hierdurch auch unsere therapeutischen Anschauungen in hohem Maße beeinflusst werden. Man wird noch zurückhaltender mit dem künstlichen Aborte sein als bisher. Man wird die zu Grunde liegende Neurose behandeln und besonders psychisch auf die Kranken einzuwirken suchen. Schon jetzt hat man mit antihysterischen Mitteln gute Erfolge erzielt. Häufig wird man die Kranke aus ihrer ungünstigen Umgebung entfernen müssen, um Erfolg zu haben.

Herr Gusserow bestätigt an der Hand eigener Beobachtungen den gelegentlichen Einfluss psychischer Eindrücke bei diesem so eigenartigen Leiden.

Herr Ebell möchte besonders für Fälle von 2. und 3. Schwangerschaft die Auffassung der Hyperemesis gravidarum als Neurose gelten lassen, sobald dieselben nicht anderweit komplicirt sind.

Herr Kaltenbach sieht in dem guten Erfolg gelegentlicher Suggestion eine Unterstützung seiner Hypothese. Dahin gehört die Wirkung einer weitgehenden Detaillirung der betreffenden Vorschriften für solche Kranke.

Herr Olshausen spricht dem Herrn Vortr. den Dank der Gesellschaft aus für seine mit so mancherlei Opfern verbundene Bemühung für diese Mittheilung an die Gesellschaft.

---

8) A. Mattersdorf. Über Kastration wegen Atresie der Genitalien.

Inaug.-Diss., Breslau, 1890.

Hegar und Kaltenbach haben in ihrem Lehrbuch der operativen Geburtshilfe angeborene und erworbene Zustände, welche das Zustandekommen der menstruellen Ausscheidung erschweren und unmöglich machen, wobei die Eierstöcke vorhanden sind und funktioniren, sowie solche, welche den Abfluss des Menstrualblutes hindern, neben anderen als Indikation zur Kastration aufgestellt. Sie ist aber, so weit die Litteratur hierfür einen Anhalt giebt, bisher auffälligerweise selten befolgt worden. M. konnte nur 10 derartige Fälle zusammenstellen, welche er in seiner Arbeit in Kürze mittheilt. Nur bei einem einzigen von diesen zehn handelt es sich um einen solchen, welcher der zweiten der oben genannten Kategorien angehört, also um Hämatokolpos- oder Hämatometrabildung oberhalb eines angeborenen oder erworbenen Verschlusses an einer Stelle des Genitalschlauches. Er wurde von Kleinwächter operirt und endete letal.

M. berichtet nun über einen in der Breslauer Frauenklinik beobachteten Fall, bei welchem die Kastration zur Genesung führte. Bei einem noch nie menstruirten 22jährigen Mädchen, welche an stechenden Unterleibsschmerzen litt, fand sich ein bis zum Nabel reichender Tumor, dem ein kleinerer: der Uterus aufsaß. Keine Scheide. Vorsichtige Eröffnung des Hämatokolpos von der Vulva her; Entleerung eines Liters dickflüssigen Blutes. Nach 4 Jahren kehrte Pat. mit einer Hämatometra in die Klinik zurück. Entleerung von der Scheide aus durch Incision. Dann Kastration. Seitdem nicht wieder menstruirt. Graefe (Halle a/S.).

9) A. Jacquinot. Die syphilitischen Rectumstenosen.

Thèse de Paris, G. Steinheil, 1890.

J. fasst die Ergebnisse seiner durch eine Reihe von Krankengeschichten illustrirten Arbeit in folgenden Sätzen zusammen:

Die syphilitischen Verengerungen des Rectum haben oft ihren Sitz im unteren Theile desselben, doch sieht man nicht selten die Veränderungen sich auch auf

höher gelegene Partien fortsetzen. Sie sind von Geschwürsbildung, vor Allem aber von Schleimhautveränderungen begleitet. Die Stenose kann ringförmig sein oder den Abschnitt eines Ringes bilden. Gewöhnlich ist sie konisch. Sie kann eine mehrfache sein. Sie entwickelt sich nach oben hin. Die Diagnose ist schwierig. Das einfache Touchiren des Rectum genügt nicht. Man muss bei der Untersuchung weit nach oben vordringen, nöthigenfalls die manuelle Rectumuntersuchung vornehmen. Die Benutzung von Bougies kann zum Nachweis des Vorhandenseins einer Stenose dienlich sein, auch zur Erweiterung derselben. Oft muss man die Rectotomie ausführen in der Weise, dass man in der Mittellinie und hinten das Rectum, die Haut zwischen Anus und Os coccygis und die darunter liegenden Gewebe mit einem Schnitte spaltet. Die einen Rhombus bildende Wunde wird nach Péan so gedeckt, dass man vom oberen Wundwinkel her die Schleimhaut, welche man mit einer Nadel fasst, herabzieht und am unteren Wundrand befestigt. Meist gelingt dies leicht. Bei narbigen Veränderungen der Schleimhaut wird es nöthig, diese zuvor abzulösen. — Durch die so erzielte Deckung der Wunde wird ein Kontakt mit dem Darminhalt verhütet.

Sitzt die Stenose zu hoch, so bleibt nur die Kolotomie übrig.

Graefe (Halle a/S.).

10) Coopman (Amsterdam). Über Rigidität des Muttermundes als Geburtshindernis (Dystocia cervicalis).

(Wiener klin. Wochenschrift 1890. No. 14.)

Bei einer 32jährigen gesunden Primipara, an der weder Anzeichen von Lues noch von Tuberkulose zu finden waren, erweiterte sich bei normalem Becken trotz kräftiger Wehen das Orificium in 3 Tagen nicht über Guldengröße. Als am 4. Tage das Kind abgestorben, die Temperatur auf 39° gestiegen war, wurden behufs künstlicher Beendigung der Geburt mehrere seichte Incisionen in den wie Pergament aussehenden Muttermund gemacht, mit dem scherenförmigen Perforatorium der Schädel verkleinert und der Kopf mit dem Kraniotraktor entwickelt. Normales Wochenbett. Zwei Monate später findet sich eine normale Portio.

Als Ätiologie dieses Falles nimmt Verf. das relativ hohe Alter an (?).

In Zukunft würde er schon bevor das Kind abgestorben, »den Muttermund incidiren, um so die Wehen mehr zu ihrem Rechte kommen zu lassen«.

Torggler (Innsbruck).

11) Šišman (Sophia). Ein Beitrag zur Heilung der Hymenal-Impermeabilität.

(Wiener klin. Wochenschrift 1890. No. 23.)

Das einfachste Verfahren ohne nachfolgende diätetische Behandlung, d. h. ohne die Kranken auch nur auf kurze Zeit an das Bett zu fesseln, zur Heilung von Hämatokolpos, bedingt durch angeborenen Verschluss des Hymens, besteht darin, »durch Incision einen kleinen, aber hinreichend großen, künstlichen Hymenalspalt zu bilden, in welchen ein mittelgroßes Drainagerohr zur Verhinderung des Wiederverwachsens des Spaltes und zur Unterhaltung des Ausflusses eingelegt wird«.

Drei Fälle wurden nach diesem Princip behandelt und verliefen glücklich. Wir enthalten uns eines jeden Kommentars. **Torggler** (Innsbruck).

12) E. Blanc (Lyon). Über die beste Behandlung der Uterinwunde nach Kaiserschnittoperationen.

(Gaz. des hôpitaux 1890. No. 52. p. 477.)

Eine der wenigen französischen Arbeiten, die auch deutsche — und diesmal fast ausschließlich deutsche — Veröffentlichungen berücksichtigt. Nach einer meisterhaften Darstellung der Wandlungen, welche die ursprüngliche Säng er'sche Operation durchgemacht hat, und einer kritischen Beleuchtung der Frage, welches Nähmaterial vor anderen Beachtung verdient, gelangt der Verf. zum Schlusse,

dass die Sänger'schen Forderungen — namentlich in Bezug auf die symperitoneale Naht — zu streng seien, giebt aber zu, dass es nothwendig ist, neben den tieferen Knopfnähten, welche die Decidua nicht zu berücksichtigen brauchen, eine oberflächliche — am besten fortlaufende — Serosanaht, welche 5 mm tief in die Muscularis eindringen darf, zu legen. Um die Juxtaposition der Wundränder möglichst sicher zu bewerkstelligen, bringt B. eine eigene, sehr praktisch scheinende Naht in Vorschlag. Ein Katgutfaden No. 3, mit zwei starken krummen Nadeln armirt, wird auf beiden Seiten, 1 cm weit von den Wundrändern, von der Decidua aus durchgestochen und die beiden Nadeln, nachdem sie den halben Dickendurchmesser der Wundränder gefasst haben, innen in der Wunde wieder ausgestochen. Jetzt werden die Nadeln gekreuzt: die rechte wird in den linken Wundrand eingestochen — dort wo die linke Nadel ausgestochen wurde — und wird nach der Serosa durchgeführt; dasselbe thut die linke Nadel rechts. Die beiden Enden werden über der Serosa stark angezogen und geknüpft. Diese gekreuzte Achternaht soll viel größere Kompressionskraft besitzen, als eine einfache Nahtschlinge. Ob sich diese Naht operativ bewährt habe, theilt Verf. nicht mit.

Sack (Langensteinbach).

13) Thomas Annandale (Edinburg). Ein Fall von Intussusception bei einem 3jährigen Kinde, Laparotomie, Heilung.

(Edinb. med. journ. 1889. März.)

Operation am 3. Tage nach Auftreten der Beschwerden. Mediane Incision, beim Einleiten der wurstförmigen kleinen Geschwulst ins Gesichtsfeld löst sich bereits die Intussusception; gleich p. op. Abgang von Winden, Stuhl am 2. Tag, Heilung glatt.

Zeiss (Erfurt).

14) C. S. Ryan (Melbourne). Mittheilungen über einen Fall von Intussusception bei einem sechsmonatlichen Kinde — Laparotomie — Heilung.

(Austral. med. journ. 1890. März 15.)

Diagnose sehr früh gestellt; wurstförmige Geschwust fühlbar; Operation $14^1/_2$ Stunde nach Beginn der Beschwerden. Bauchwunde, nach Lösung der Intussusception, mit 3 Silber- und mehreren Rosshaarzwischennähten geschlossen. Am 2. Tage erfolgt Stuhl; zwei von den Silbernähten sind aufgegangen und in der Bauchwand verschwunden. Am 5. Tage kleiner Darmprolaps im unteren Wundwinkel; 3 neue Silbersuturen; Heilung. Kind nahm während dessen die Brust. Nach 5—6 Wochen geht die eine der versunkenen Silbersuturen mit dem Stuhl, die andere aus einem kleinen Abscess in der Bauchwand ab.

Zeiss (Erfurt).

15) Felix Meyer. Ungewöhnliche Geburtskomplikation.

(Austral. med. journ. 1889. Juli 15.)

Ipara; an derselben ist vor 5 Jahren eine »Metrotomie« gemacht. Seit 24 Stunden Wehen, Kopf im Becken, kein Os zu entdecken. Der untersuchende Finger gelangt unter der Bettdecke zunächst in einen Kanal, aus dem bei Einführung des Katheters Urin abgeht. (Die Frau hatte trotz dieser Dilatation der Urethra während der Schwangerschaft nie über Kontinenzstörungen geklagt.) — Bei weiterer Untersuchung wird ein kleines Grübchen gefunden, manuell dilatirt, und dann per Forceps entbunden.

Zeiss (Erfurt).

16) A. Vossius (Königsberg). Ein Fall von einseitiger metastatischer Ophthalmie im Puerperium, bedingt durch Streptokokkenembolie.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVIII. Hft. 2.)

Das linke Auge einer hochfiebernden Puerpara erkrankte wenige Stunden nach der Niederkunft unter Schmerzen und Lichtscheu, und es bildete sich eine eitrige, einseitige Ophthalmie aus. Am 3. Tage bestand conjunctivale und ciliare Injektion, Chemosis, Trübung der Hornhaut und des Glaskörpers. Die vordere Kammer war vertieft, die verfärbte Iris schlotterte, die Linse war luxirt und nicht nachzu-

weisen. Während an diesem Tage noch schwacher Lichtschein vorhanden war, trat am 4. Tage völlige Blindheit ein. Als am 6. Tage die Frau an Pyämie gestorben war, wurde der linke Bulbus zu mikroskopischer Untersuchung enukleirt. — Der Umstand, dass die Retina bis auf zwei geringe Reste völlig zerstört war, führt V. zu dem Schluss, dass der Process von ihr ausgegangen ist: Durch Embolie gelangten Streptokokken in die Retina und erzeugten hier die Eiterung, welche zu einer so vollständigen Zerstörung führte, dass auch die Gefäßemboli nicht mehr nachweisbar waren. Diese Annahme wird dadurch gestützt, dass in der Centralarterie und der Vene in der Papille Streptokokkenhaufen nachgewiesen wurden, und dass Gefäße der Iriswurzel, des Corpus ciliare und der Sklera mit Streptokokken vollgepfropft waren. Durch die Vereiterung der Retina trat die Blindheit ein, der Glaskörper wurde durch die fortschreitende Eiterung verflüssigt, die Zonula zerstört und die Linse sank in den verflüssigten Glaskörper zurück. Später wurde dann noch die Linsenkapsel angefressen und der Eiter drang in den Kapselsack selbst ein. — Dass diese Metastase direkt aus den Genitalien herrührte, zeigte sich dadurch, dass im Herzen keine Veränderungen an den Klappen gefunden wurden.

Carle (Göttingen).

17) W. Balls-Headley (Melbourne). Fall von Lipom der großen Labie und der benachbarten Theile.

(Austral. med. journ. 1888. August 15.)

Pat., 51 Jahre alt, hat ihre Mutter, deren Vater und 2 Schwestern, so wie eine eigene Schwester an Krebs verloren. In der linken großen Schamlippe, in der Gegend der Bartholin'schen Drüse sitzt ein enteneigroßer Tumor, die Haut darüber etwas gespannt und entzündet; durch eine Einschnürung getrennt, hängt mit ihm ein zweiter, bananengroßer Tumor zusammen, der die linke Seite der Scheide einnimmt, und so hoch hinaufreicht, dass der Muttermund für den Finger nicht erreichbar ist. Ein 3. Theil des Tumors, ebenfalls durch eine Furche getrennt, etwa 4 Zoll im Durchmesser, rundlich, liegt »über dem linken Ischium«, mit zahlreichen dilatirten Venen in der bedeckenden Haut. Der erste Tumor täuschte fast eine Labialhernie vor und erstreckt sich, wie bei der Exstirpation sich ergab, fast bis an den »Abdominalring«. An dem dritten saßen zahlreiche gleichsam gestielte Nebentumoren, die die Enukleation sehr erschwerten. Drainage, glatte Heilung; Elemente: Fett und Bindegewebe.

Zeiss (Erfurt).

18) v. Święcicki (Posen). Ein Beitrag zum Prochownick'schen Ersatz der künstlichen Frühgeburt.

(Wiener med. Blätter 1890. No. 22.)

Die ursprünglich von Merrimann empfohlene, von Prochownik[1] wieder versuchte Entziehungskur, wird von v. S. warm empfohlen auf Grund von 4 Beobachtungen, welche enge Becken betrafen mit Conjug. diag. von 9,8 bis 10,5. Alle 4 Kinder kamen zur rechten Zeit und gediehen ausgezeichnet. Die Länge der Kinder betrug 49—50 cm, das Gewicht schwankte zwischen 2480 und 2840 g.

G. Middeldorpf (Hirschberg).

Berichtigung.

In No. 34 p. 624 Zeile 27 v. o. lies: negativer intravaginaler Druck statt: negativer intraabdomineller Druck; in No. 44 p. 795 Zeile 6 v. u. lies: subjektive Antisepsis und objektive Asepsis statt: subjektive Antisepsis und objektive Antisepsis.

---

[1] cf. Centralblatt für Gynäkologie 1889. No. 33.

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS'N.

Centralblatt für GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 50. Sonnabend, den 13. December. **1890.**

Inhalt: **Eisenhart**, Sublimatintoxikation (per os) mit günstigem Ausgang. (Original-Mittheilung.)

1) **Pfannenstiel**, Pseudomucin der cystischen Ovariengeschwülste. — 2) **Fehling**, Geburtshilfliche Operationen.

3) **Handfield-Jones**, Abort. — 4) **Tréiat**, Brusttumor. — 5) **Boisleux**, Untersuchung von Abcesseiter. — 6) **Villar**, Nabelgeschwülste. — 7) **Wyder**, Amputatio colli uteri. — 8) **Bársony**, Inversio uteri. — 9) **Tréiat**, Entzündung der Adnexe. — 10) **Rollet**, Blasenstein. — 11) **Berry-Hart**, Mitralstenose. — 12) **Höchstenbach**, Metritis dissecans. — 13) **Münchmeyer**, Kaiserschnitt. — 14) **Schwartz**, Myom der rechten Tube. — 15) **Felsenreich**, Myom und Schwangerschaft.

Sublimatintoxikation (per os) mit günstigem Ausgang.

Von

Dr. H. Eisenhart München.

Gegenüber den zahlreichen Veröffentlichungen[1] von tödlich endenden Sublimatvergiftungen bei häufig relativ kleinen Mengen erscheint es gerechtfertigt auch Fälle zur allgemeineren Kenntnis zu bringen (wie solche bereits von Armstrong[2], Sam. Logde[3], Jacusiel[4] u. A. publicirt sind), bei welchen trotz Einverleibung größerer Dosen Ausgang in Genesung erfolgte.

Die 37jährige Malersfrau M. E. hatte eine zur Vaginalausspülung verordnete Sublimatpastille zu 0,5 in einem Quartglase lauwarmen Wassers gelöst und die Lösung in einem Zuge getrunken. Es stellten sich unmittelbar nach der Einnahme Übelkeit, Ohnmachtsanwandelung und Schwäche der Beine ein, so dass Pat. das Bett nicht mehr erreichen konnte; in dasselbe gebracht, traten sofort äußerst heftige und rasch auf einander folgende Würgbewegungen auf, welche zum Er-

---

[1] Ältere Litteratur s. bei Maschka (Handbuch der gerichtl. Med. 1882) die neuere bei Kaufmann (Die Sublimatintoxikation Breslau 1888).

[2] Ref. in Centralbl. f. d. med. Wissenschaft 1887. 27.

[3] Brit. med. journ. 1888. September p. 720.

[4] Verhandlungen der Berliner med. Gesellschaft 1887. Bd. XVIII, p. 197.

brechen kleiner Mengen gallig gefärbten Schleimes führten (die rosa Färbung der Lösung war schon in den ersten Partien nicht mehr zu erkennen). Ich sah die Pat. 1½ Stunden nach Einverleibung der Lösung (30. Oktober). Pat. lag etwas erhöht im Bett und konnte sich beim Erbrechen nicht aufrichten; dieses folgte Anfangs Schlag auf Schlag, später traten kleine Pausen von 3—4 Minuten ein; häufig war die Würgbewegung von einem lauten Aufschrei eingeleitet; dazwischen stellten sich von Zeit zu Zeit äußerst heftige Schüttelbewegungen, besonders des Oberkörpers ein; Pat. konnte kein Wort hervorbringen, deutete jedoch auf starke Schmerzen in der Gegend des Magens und der Speiseröhre und auf Benommenheit des Kopfes hin. Temperatur 36,2, Puls sehr frequent, 108, sehr klein und weich. Pat. hatte vor meiner Ankunft ein Quart Milch bekommen; das Schlucken war ihr äußerst schwer, fast unmöglich. Die Pupillen waren sehr klein und nur schwach reagirend. Ich ließ ihr das Weiße von 3 Eiern geben und machte eine subkutane Injektion von 0,01 Morphium und etwas später von 4 Spritzen Kampheröl. 2 Stunden später war die Temp. 35,8, der Puls dagegen 98 und etwas voller. Pat. hatte inswischen 2mal eine breiige Ausleerung gehabt; an denselben keine Blutspuren. Würgen und Erbrechen bestehen fort, kehren aber erst in etwas größeren Intervallen wieder. Die Kopfschmerzen haben zugenommen (Morphium?). Pat. bekam jetzt ½stündlich ein Eiweiß fort, dann schwarzen Kaffee und Thee. Abends war Pat. sehr ermattet; Temp. 35,9. Puls 96 noch immer sehr schlecht. Das Erbrechen war seltener geworden; kleine diarrhöische Ausleerungen waren noch 2mal erfolgt; dagegen bestand kein Tenesmus. Keine Harnentleerung, Blase nicht gefüllt. Sehr heftige Magenschmerzen; die versuchte Eisblase wurde nicht vertragen; desshalb trockne Wärme. Ich injicirte noch einmal 4 Spritzen Ol. camphoratum subkutan und ordnete für die Nacht T. op. an, bei Bedarf zweistündlich 10 Tropfen. Am folgenden Morgen (31. Oktober) schien das Gesicht der Pat. stark eingefallen, besonders an den Orbitae; das Aussehen war jedoch ein verhältnismäßig frisches. Es waren in der Nacht noch 2 weitere Diarrhöen erfolgt, das Erbrechen dagegen hat nachgelassen (es war 3mal Op. genommen worden). Pat. hat Nachts und Morgens Urin entleert, im Ganzen über 1 Liter; der helle Harn opalescirte beim Kochen und Säurezusatz, war jedoch blutfrei. Schlaf hat sich Nachts nur sehr wenig eingestellt; es sollen zeitweise Delirien aufgetreten sein; jetzt noch starke Kopfschmerzen; die versuchte Kälte wird unangenehm empfunden. Pupillen mittelweit, reagiren ziemlich lebhaft. Temp. 36,4, Puls 108, immer noch klein und weich. Von dem Eingeführten (Kaffee, Thee, Milch) ist das Meiste stets wieder erbrochen worden, aber nicht unmittelbar nach der Einverleibung. Pat. klagt über Schmerzen im Mund und Rachen und über Wackeln der Zähne. Ord.: Kaffee, Thee, leicht und heiß, zur Anregung der Diurese etc. wie bisher, zeitweise etwas Rothwein. 2stündlich 0,1 Kampher in Oblaten; fleißig Gurgeln mit Kali chloric. 0,6 : 200. Eispillen. Abends 36,7, Puls 100, entschieden kräftiger. Im Laufe des Tages 2 Ausleerungen, Erbrechen selten und weniger schmerzhaft. Abends spontane Exurese. Für die Nacht die Kampherpulver sistirt, Opium bei Bedarf. An den nun folgenden Tagen war das Allgemeinbefinden ein ziemlich gutes, ohne dass jedoch von einer allmählich zunehmenden Erholung hätte gesprochen werden können. Der Appetit stellte sich zunächst in geringem Grade ein, nahm aber bald wieder ab, die Nächte verliefen theils gut, theils wieder schlaflos; die Temperatur stieg allmählich bis 37,6, der Puls besserte sich unter zeitweiser Anwendung von Kampher und nahm an Frequenz ab (bis 76). Das Erbrechen hörte allmählich auf; die Schmerzen im Schlund und im Magen waren immer stark ausgesprochen, eben so der Kopfschmerz, welcher als allgemeiner Druck gefühlt wurde. Die Schwäche im ganzen Körper war eine hochgradige, eben so die Abmagerung der vorher eher starken Frau. Am 1. und 2. November bestand starker Speichelfluss, der dann allmählich abnahm und es zeigten sich neben der allgemeinen Stomatitis, oberflächliche Ulcerationen am Zahnfleisch und am harten Gaumen. Das Schlucken war nicht schmerzhaft. Ausleerungen erfolgten täglich durchschnittlich 2mal; am 2. Abends erfolgte eine Diarrhöe mit Blutbeimengung, an kleinen festen Partien hafteten Blutstreifen; es war dies der

einzige blutige Stuhl im ganzen Verlauf. Die Harnentleerung erfolgte täglich zweimal; die Menge war vom 3. auf 4. November am geringsten; sie betrug an diesem Tag nur 600 ccm; am folgenden Tag waren es wieder fast 1500; Pat. empfand die reichlichere Diurese, die durch häufigen Genuss leichten, heißen Thees zu erzielen war, selbst als sehr wohlthuend. Am 2. fand sich eine geringe Menge Eiweiß, am 3. November Blut im Harn; am 4. war letzteres, am folgenden Tag auch Albumen nicht mehr nachweisbar. Die Athmung war während des ganzen Verlaufs frei, das Athmungsgeräusch bei wiederholter Untersuchung allenthalben vesikulär. Am 12. November stand Pat. zum ersten Male über Mittag auf, war aber äußerst elend und die Abmagerung eine ganz auffallende. Am 15. hatte sich Pat. so weit gekräftigt, dass sie im Zimmer sich leidlich bewegen konnte. Sie gab an massenhaft Haare zu verlieren und meinte eine Abnahme der Sehschärfe zu bemerken. Diese letztere Erscheinung verschwand wieder in den folgenden Tagen, in denen sich Pat. ganz allmählich erholte.

---

1) J. Pfannenstiel (Breslau). Über die Pseudomucine der cystischen Ovariengeschwülste. Beiträge zur Lehre vom Paralbumin und zur pathologischen Anatomie der Ovarientumoren.

(Akadem. Habilitationsschrift und Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVIII. Hft. 3.)

Die vorliegende Arbeit ist mit dem Material der Breslauer Frauenklinik im physiologischen Institut gemacht. Sie zeichnet sich durch große Sorgfalt und Fleiß aus. Mehrere gute Bilder sind auf einer Tafel beigegeben.

Zunächst geht Verf. darauf ein, dass betreffs der Ovarialcystenflüssigkeit ziemliche Verwirrung herrscht. Trotz der wichtigen Arbeiten von Hammarsten wird das Metalbumin meistentheils für einen Eiweißkörper erklärt, während es doch ein eigenartiger, schleimähnlicher Stoff (Pseudomucin) ist. Verf. hat es sich desshalb zur Aufgabe gemacht folgende 2 Punkte zu untersuchen. 1) Das Vorkommen von Pseudomucin im gesunden Ovarium und in den Geschwülsten des Ovarium. 2) Die Entstehung des Pseudomucins in den Zellen.

Das Pseudomucin ist ein Glycoproteid, der Name Pseudomucin ist, obwohl spätere Erfahrungen vielleicht einen eigenen Namen finden werden, vorläufig festzuhalten. Verf. erörtert nun p. 8—13 die Methoden des Nachweises des Pseudomucin. Er weist auf die großen Schwierigkeiten der Proben, namentlich in Bezug auf die Beimischung von Eiweißkörpern hin. Als beste Methode wird die von Hammarsten empfohlene Probe hingestellt: das Kochen mit Säuren, um Zucker abzuspalten. Die Probe wird genau beschrieben. Es fragt sich nun, wo man im menschlichen Körper Pseudomucin findet? Zu diesen Untersuchungen bediente sich Verf. einer p. 24 angegebenen Methode. Es wurden zunächst normale Ovarien, auch von Thieren untersucht. Dabei zeigte sich, dass Pseudomucin und Paralbumin (entgegen Waldeyer) in gesunden Ovarien nie vorhanden war. Jedenfalls konnte Waldeyer mit den alten Methoden der Untersuchung noch nicht zu richtigen Resultaten kommen. Auch Oerum

und Hammarsten — Letzterer in einer späteren Arbeit — kamen zu gleichen Resultaten wie P., und es ist somit endgültig bewiesen, dass Paralbumin in den normalen Ovarien nicht vorkommt. Auch in ausgedehnten Follikeln, sog. Hydrops follicularis, von welcher Geschwulstspecies Verf. mehrere Fälle untersuchte, fand sich kein Mucin, Pseudomucin sc. Paralbumin. Dagegen wurde dieser Stoff stets bei den sogenannten glandulären, proliferirenden Kystomen gefunden. Verf. unterscheidet 3 Gruppen: 1) solche mit zähflüssigem Inhalt, 2) mit konsistentem zähen Inhalt, 3) mit dünnflüssigem Inhalt. So grob, wie diese Unterscheidung auch erscheint, so richtig, wichtig und berechtigt ist sie doch. Diesen äußerlichen Formen entsprechen gewisse chemische und physikalische Eigenschaften. Bei allen 3 Formen fand Verf. Pseudomucin, am besten bei der ersten Reihe, bei 2, dem zähen nicht flüssigen Inhalt fand sich ein dem Pseudomucin von Hammarsten nah verwandter Körper, den Verf. gegenüber dem Pseudomucin α, Pseudomucin β nennt. Dieser chemische Körper zeigt große Ähnlichkeit mit der Colloidsubstanz, welche Würz in dem Colloidkrebs einer Brustdrüse fand. Gemeinsam ist allen 3 Formen der sehr herabgesetzte Stickstoffgehalt des Inhalts (also kein Eiweiß!).

Nunmehr geht Verf. zu den papillären Kystomen über. Er erwähnt, dass natürlich ganz verschiedene Tumoren hierher gehören. In diesen Fällen fand sich Pseudomucin, Mucin fehlt. Der Stickstoffgehalt war herabgesetzt. Die Pseudomucinmenge ist übrigens weit geringer als bei den glandulären Kystomen.

Die Parovarialcysten fand Verf. in der Regel frei von Pseudomucin. Die Flüssigkeit der Cystenmyome ist stets frei von Mucin und Pseudomucin. In der Ascitesflüssigkeit kommt Pseudomucin nur beim Vorhandensein einer Geschwulst mit Pseudomucin vor.

Im letzten Abschnitt führt Verf. aus, dass das Pseudomucin in den typischen proliferirenden Kystomen das Produkt einer wahren Zellsekretion, nicht etwa einer Degeneration ist. Die Stadien dieses sekretorischen Vorgangs kann man bei der histologischen Untersuchung finden. Verf. hat einige Abbildungen beigegeben.

Bei den papillären Kystomen dagegen kommt es zuweilen zur Degeneration der Epithelien, und es wird dann ein Pseudomucin etwas verschiedener Art abgesondert.

Durch die mühevollen und sorgfältigen Untersuchungen des Verf., ist wohl die »Paralbuminfrage« endgültig gelöst.

Fritsch (Breslau).

---

2) **Fehling** (Basel). Die geburtshilflichen Operationen (10. Abschn. [III. Bd.] des »Handbuches der Geburtshilfe«, herausgegeben von P. Müller).

Stuttgart, **Ferd. Enke**, 1889.

In der Einleitung fordert Verf. vom Geburtshelfer, dass derselbe vollständig geschult und vorbereitet an die Operation heran-

treten und selbst nach Vollendung der Entbindung noch 1—2 Stunden bei der Entbundenen bleiben müsse. Narkose, und zwar ausschließlich mit Chloroform, wird wärmstens empfohlen, auch wenn dieselbe durch die Hebamme oder den Ehemann besorgt werden muss.

Im I. Kapitel »Die Antisepsis und Desinfektion bei den geburtshilflichen Operationen« wird vor Allem der Frage gedacht, wie sich der Arzt hinsichtlich seiner inficirten Hände zu verhalten habe. Der Hauptschwerpunkt wird auf eine sofortige gründliche Desinfektion der Hände nach der Verunreinigung gelegt, welche in den nächsten 24 Stunden öfters zu wiederholen ist, und Abstinenz während dieser Zeit. Ungelöst ist noch die Frage, wie sich der Arzt, der Scharlach-, Pocken-, Pyämie- und Erysipelkranke behandelt, gegenüber der praktischen Ausübung der Geburtshilfe zu verhalten hat. Jedenfalls muss er auch in diesen Fällen die strengsten prophylaktischen Maßregeln ergreifen.

Zur »Desinfektion der Gebärenden« ist eine einmalige Ausspülung der Vagina vor Ausführung einer Operation zweckmäßig; Karbol wird dazu dem Sublimat vorgezogen. Desinficirende Ausspülungen nach der Operation sind nur in bestimmten Fällen indicirt. Die mechanische Reinigung der Vagina und des Cervix ist als gefahrbringend zu unterlassen. Innerliche Untersuchungen sollen zur Vermeidung von unnöthigem Lufteintritt immer nur mit einem Finger vorgenommen werden.

Bei der »Desinfektion der Instrumente« fällt uns auf, warum immer wieder Wendungsschlingen, die im Instrumentarium mitgeführt, nach jedem Gebrauch gereinigt resp. desinficirt werden müssen, angeführt werden; vom desinficirten starken Zwirnfaden bis zum aseptischen Gazestreifen findet sich doch immer und überall ein bequemer und sicherer Ersatz der ehrwürdigen roth-grünen Schlinge!

Den beherzigenswerthen Vorschlag, eine Hand aseptisch zu erhalten, indem für geburtshilfliche Operationen z. B. die rechte Hand reservirt bleibt, während alle anderen Untersuchungen mit der linken Hand vollführt werden, finden wir unter der Abhandlung von der »Desinfektion des Geburtshelfers«. Bezüglich der Wahl der desinficirenden Mittel entscheidet sich F. für Sublimat ää mit Kochsalz oder 4—5 %ige Karbolsäure; hinsichtlich der Art und Weise der Desinfektion für die Fürbringer'sche Methode, welche auch der Schonung der Hände gerecht wird. Vielleicht ist überhaupt die Zeit nicht mehr fern, in der ein großer Theil der unsere Hände oft schwer schädigenden Antiseptica als unnöthig verlassen und sterilisirtes Brunnenwasser zur Reinigung genügt.

»Die Instrumente des Geburtshelfers« bilden den Inhalt des II. Kapitels; verlangt werden: Nägele'sche Zange, Perforatorium nach Levret oder Trepan nach Kiwisch-Leisnig, Beckenmesser nach Martin, Kolpeurynter und Schlüsselhaken nach Braun, Kraniotraktor und Kephalotryptor, Siebold'sche Schere und neben dem stumpfen

noch ein spitzer Haken, ein Metrotom nach Credé und die Wendungsschlinge.

Die Eintheilung der geburtshilflichen Operationen geschieht auf Grund der Geburtsperioden in Operationen der Eröffnung, der Austreibung und der Nachgeburtszeit.

Kapitel III: »Die blutige Erweiterung des äußeren Muttermundes und des Cervix (Hysterostomatomie)«. Die Natur selbst giebt uns den Fingerzeig für diese Operation, indem fast bei jeder Geburt 1 oder 2, selten mehr Einrisse im Vaginaltheile des Cervix entstehen, und Hildebrandt begründete die Hysterostomatomie wissenschaftlich schon 1864, aber trotzdem entschließen sich die Geburtshelfer jetzt noch schwer dazu; ausgeführt soll selbe mit dem Metrotom Credé's oder Simpson's werden.

»Die mechanische Erweiterung des Cervix« (Kapitel IV) soll nur als Vorbereitung für andere Operationen angewendet werden und wird am einfachsten durch Einführen eines oder mehrerer Finger ausgeführt; von den Quellmitteln ist Laminaria zu empfehlen.

Kapitel V: »Tamponade der Scheide und des Uterus«. Erstere ist nur mit trockenem, aseptischen Materiale auszuführen, styptische Mittel, besonders Eisenchlorid, ist strengstens zu widerrathen. Dührssen's Uterustamponade sei nur dann rationell, wenn die Placentarstelle vom Tampon völlig tamponirt werde.

Kapitel VI: »Künstliche Eröffnung der Eihäute, Blasensprung«. Wie leicht es ist, bei verstrichenem Orificium zu konstatiren, dass der verzögerte Blasensprung die Geburt aufhält, um so mehr praktische Erfahrung erfordert die Bestimmung, in welchen Fällen von nicht verstrichenem Muttermunde die künstliche Blasensprengung für den richtigen Fortgang der Geburt indicirt ist. Jedenfalls ist die Behauptung Schrader's, dass frühzeitige Sprengung der Fruchtblase mit vollkommener Sicherheit das Zurückbleiben der Eihäute verhindere, eine noch zu unbewiesene theoretische Anschauung, um auf Grund derselben in der Praxis die Blase frühzeitig zu eröffnen. Wegen Blutungen bei Plac. praev. lat. wird es nur dann gerathen sein, die Blase zu sprengen, wenn die bei Schädellage vorhandenen kräftigen Wehen eine rasche Vollendung der Geburt verbürgen. — Vom Blasensprengen in der Seitenlage kann sich F. keinen Vortheil versprechen.

Kapitel VII behandelt die heikle und viel umstrittene »Einleitung des künstlichen Aborts«, deren Ausführung auch der geübteste Fachmann nie ohne eingehende Erwägung des Falles mit einem Internisten oder Psychiater unternehmen soll, zumal da gesetzlich die Erlaubnis zur Vornahme dieser Operation für den Arzt nirgends ausgesprochen ist. Unter den Indikationen werden angeführt: unstillbares Erbrechen der Schwangeren, Einklemmung des retroflektirten Uterus, Nephritis gravidarum, Psychose; zweifelhafter sind perniciöse Anämie, Herz- und Lungenkrankheiten. Eine eigene

Stellung nehmen die Fälle von hochgradiger Raumbeschränkung des Beckens ein: bei engem Becken sind wir nur dann zum künstlichen Abort berechtigt, wenn die Mutter den vorgeschlagenen Kaiserschnitt verwirft. Irreponible Uterustumoren, hochgradige Exsudatmassen, Beckentumoren erfordern die Unterbrechung der Schwangerschaft, nicht aber Ovarialtumoren. Kontraindicirt ist die Operation bei Carcinom des Cervix oder der Vaginalportion. Wir vermissen den Prolapsus uteri gravidi. — Die beste Methode ist das Einlegen eines hohlen Laminariastiftes mit nachfolgender manueller Ausräumung oder Auskratzung mittels scharfen Löffels des Uterus in Narkose.

»Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt« (Kapitel VIII) hat, obwohl selbe, vereint mit dem verbesserten Kaiserschnitte, bestimmt ist, die zerstückelnden Operationen allmählich zu verdrängen, in der Privatpraxis leider noch lange nicht den ihr gebührenden Platz erobert. Bei engem Becken ist die Operation indicirt zwischen 7—9 cm Conj. vera. Im Allgemeinen genügt die digitale Messung (mittels des Zeigefingers allein) des Beckens. Der Zeitpunkt der Ausführung ist auf die 35. und 36. Woche zu beschränken.

Von den verschiedenen Methoden wird die aufsteigende Uterusdusche (besser Vaginaldusche zu nennen) nach Kiwisch als eines der ungefährlichsten Verfahren hingestellt, doch (ausgeführt mit einer Temperatur von ca. 30°) mehr als Vorbereitungsakt empfohlen, während zur Hervorrufung einer geregelten Wehenthätigkeit die Einschiebung eines Bougie (Krause) oder die Blasensprengung (Scheel) anzuwenden sei. Ungerechter Weise wenig Verbreitung habe Hamilton's Vorschlag »die künstliche Loslösung der Eihäute im unteren Uterussegment« mit streng desinficirtem Zeigefinger gefunden. Die Anwendung des konstanten Stromes bedarf noch weiterer klinischer Versuche; besonderer Vortheil wäre von äußerer Galvanisation zu erwarten. Pilokarpin verdiene die gefundene Vergessenheit. — Wegen des Hauptübelstandes bei künstlicher Frühgeburt, »verschleppter Geburtsverlauf in Folge von Wehenschwäche«, die häufig der Mutter und dem Kinde verderblich wird, empfiehlt F. für jene Fälle, in denen nicht bald kräftige Wehen eintreten, die prophylaktische Wendung nach Braxton Hicks, ohne Extraktion.

Kapitel IX: Schamfugenschnitt. Symphyseotomie und Pubiotomie« sind der Vergessenheit anheimzugeben.

Die »Wendung« (Kapitel X) wird auf 25 Seiten kurz aber sehr übersichtlich und leicht verständlich abgehandelt. Nachdem heut zu Tage eine Wendung mittels inneren Handgriffs allein nicht mehr geübt wird, unterscheidet F. entgegen dem Usus der meisten Lehrbücher nur noch eine äußere und eine pipolare Wendung, letztere nach der Zeit der Ausführung verschieden, als mit 1—2 Fingern oder mit der ganzen Hand vollführt. Für die Ausführung der Wendung ist sowohl die Wahl der Hand als die des zu ergreifenden Fußes wichtig. Als zweckmäßigste Lagerung wird die Rückenlage auf dem Querbette empfohlen. Narkose immer rathsam, dadurch

werden einerseits der doppelte Handgriff der Siegemundin, andererseits die Deutsch'sche oder Levret'sche Präparation meist erspart. Vorgefallener Arm soll angeschlungen werden. Betreffs der zeitlichen Trennung von Wendung und Extraktion vertritt Verf. den Standpunkt der meisten Autoren gegen Winter, indem er widerräth, der Wendung in den gewöhnlichen Fällen von Querlage sogleich die Extraktion folgen zu lassen.

Kapitel XI: »Behandlung des Vorliegens und Vorfalles der Nabelschnur«. Verf. betrachtet die Reposition eines Nabelschnurvorfalles bei Kopflage, sei der Muttermund wenig oder völlig erweitert, als das weitaus schonendste Verfahren, das leider von den Praktikern zu wenig geübt werde. Versucht soll die Reposition in der Rücken- oder Seitenlage, bei schwierigen Fällen in der Knie-Ellbogenlage werden; macht dieselbe Schwierigkeit, so ist die Wendung (bei engem Orificium nach Braxton Hicks) sicherer und ungefährlicher, als die Anwendung von Nabelschnurrepositorien, von denen keines genügt.

Die »Behandlung der Beckenendlagen« (Kapitel XII) fuße auf dem Grundprincip eines möglichst exspektativen Verfahrens. Unter den Symptomen der Lebensgefahr des Fötus wird erwähnt, dass ein kontinuirlicher Abgang von Kindspech in der Wehenpause als ein Zeichen der durch Kohlensäureüberladung des Blutes bedingten Sphincterlähmung anzusehen sei. — Das einfachste Verfahren zur Extraktion am Steiß ist das Einhaken des Zeigefingers in die vordere Schenkelbeuge; misslingt die Extraktion mit der Hand, so ist die Schlinge anzuwenden; der stumpfe Haken dient als Ersatz für dieselbe nur, wenn die digitale Einführung der Schlinge oder die Extraktion mit derselben nicht gelingt, so wie bei abgestorbener Frucht. — Die Anlegung der Kopfzange oder besonders konstruirter Zangen an den Steiß hat nur noch historisches Interesse. — Die Nabelschnur während der Entwicklung des Rumpfes mit der Hand zu lockern, hat keinen Werth! — Bei Lösung der Arme empfiehlt F. die axiale Drehung der Frucht; zur Entwicklung des Kopfes den Veit'schen Handgriff, verbunden mit kräftigem Druck von außen, eventuell Zurückschieben oder seitliche Incisionen des strikturirten Muttermundes; ermüdet die Hand, dann Nachhilfe mit einem Handtuch (wohl besser mit einem aseptischen Gazestreifen, Ref.) oder durch die Hand des Assistenten.

Das »Accouchement force« (Kapitel XIII) wird nur für die gesetzlich gebotene Rettung des Kindes nach sicher konstatirtem Tod der Mutter, wenn eine gewisse Wehenthätigkeit vorausgegangen war, zugelassen.

XIV. Kapitel: »Die Anwendung der Kopfzange«. Wenn auch die Zange in erster Linie ein »Zuginstrument« ist, so genügt doch oft der einfache Zug mit der Zange bei räumlichen Missverhältnissen nicht, und es müssen dann damit sogenannte Traktionen, die sich aus einer Summe von Pendelbewegungen in querer,

sagittaler und schräger Richtung zusammensetzen, ausgeführt werden. Die Kunst des Geburtshelfers besteht nun darin, diese Pendelbewegungen so leicht zu machen und sie allmählich so in einander überzuführen, dass die Zange einen Kegel beschreibt und dass die Hypomochlien, in einer Spirale auf dem Kegelmantel liegend, am ganzen Beckenumkreis herabrücken. — Die Achsenzugzangen werden ganz verworfen; wenn selbe auch dem Nachtheile, dass die gewöhnlichen Zangen zu wenig in der Richtung der Beckenachse ziehen, bis zu einem gewissen Punkte begegnen, so ist entschieden zu bestreiten, dass der Kopf innerhalb der Achsenzugzange seine Beweglichkeit behalte und dass die Zangengriffe die Zugrichtung angeben. — Als Lage wird die Steißrückenlage empfohlen; Narkose in schwereren Fällen sehr vortheilhaft. — Nicht einleuchtend ist uns der Vorschlag, nach angelegter Zange die Schlossgegend durch ein herumgeschlungenes Handtuch zu sichern. — Eine strenge Unterscheidung zwischen senkrechtem und horizontalem Abgleiten lässt sich praktisch nicht machen. — Ein Dammschutz mit der Hand ist überflüssig, bei starker Spannung incidirt man auf einer Seite mit einer kräftigen Dammschere (Knopfbistouris sind nicht zweckmäßig) vorerst nur die Haut und erst dann die sichtbar gewordene weiße Fascie sammt dem Constrictor cunni. Die Zange abzulegen, bevor der Kopf geboren ist, wird widerrathen. — Bei hochstehendem Kopfe ist der Forceps möglichst einzuschränken. — Das Verfahren von Lange und Scanzoni bei regelwidriger Drehung des Hinterhauptes resp. des Kinnes verdient keine Nachahmung, den Praktikern kann bei regelwidriger Drehung möglichstes Abwarten nicht genug empfohlen werden. — Die Zange am nachfolgenden Kopfe räth Verf. nur dem weniger Geübten als Versuch vor der Perforation an, der Geübtere kann darauf verzichten.

Im Anhange zu diesem Kapitel wird des historischen Interesses wegen der Hebel besprochen.

»Die Verkleinerung des Kindesschädels und Extraktion desselben« (XV. Kapitel). Die Perforation des lebenden Kindes, die in der allgemeinen Praxis noch nicht durch den konservativen Kaiserschnitt ersetzt werden kann, ist bei engem Becken indicirt, wenn die Conj. vera $9^1/_2$—6 cm beträgt, selbst bis $5^1/_2$ cm ist die Sectio caes. nur unter bestimmten Indikationen vorzuziehen (eine Seite später [p. 158] sagt F. allerdings »unbedingt kontraindicirt ist die Kraniotomie bei reifem Kinde, ob lebend oder todt, bei einer Conj. vera unter 6 cm; hier tritt der Kaiserschnitt in sein Recht«). Eklampsie und wenig erweiterter Muttermund giebt eine weitere Indikation; bei Plac. praevia hingegen dürfte die frühzeitige Wendung die sichere Methode sein. — Zur Operation soll ein Kollege zugezogen werden (bei lebendem Kinde schon desshalb, weil eine Handlung begangen wird, die gesetzlich nirgends thatsächlich erlaubt ist). — Das zweckdienlichste Instrument für die Kraniotomie ist eine Perforationsschere, die wo möglich immer in die Pfeil- resp. Stirn-

naht einzuführen ist. Das Operationsverfahren mit dem Trepan von Gujon vermisst Ref. ungern. — Zur Excerebration wird nur ein Katheter oder eine Uterussonde empfohlen. Zwischen Excerebration und Extraktion lasse man 10—15 Minuten verstreichen. Zur Extraktion passe der Kranioklast (besser gesagt Kraniotraktor) von Simpson-Braun; der Kephalotryptor tritt nur dann in sein Recht, wenn der Beckenraum für die Schädelbasis zu eng ist. Der scharfe Haken ist zu entbehren, in leichten Fällen genügen die Finger, in schweren passt besser der Kraniotraktor. — Unverständlich ist es, dass einzelne Autoren noch immer die Wendung nach der Perforation zulassen. — Der Nutzen der Kraniotomie muss steigen und die Operation wird viel mehr als bisher den ihr gebührenden Platz erhalten, sobald dieselbe nicht mehr als ultimum refugium betrachtet, sondern frühzeitig bei todtem, nicht zu spät bei lebendem Kinde ausgeführt würde.

Kapitel XVI: »Embryotomie.« Zur Decapitation soll nur der Braun'sche Schlüsselhaken verwendet werden, wobei bemerkt wird, dass die Drehungen mit demselben immer gegen den Kopf der Frucht hin zu machen sind und dass der Kopf von außen zu fixiren ist, um Zerreißungen des unteren Uterinsegmentes zu vermeiden. Der zurückgebliebene Kopf lässt sich am besten mittels des Forceps, bei räumlichen Missverhältnissen mittels des Kraniotraktor entwickeln.

Die Exenteration ist mittels Perforationsschere auszuführen, behufs Extraktion ist die Selbstentwicklung durch Ziehen am vorliegenden Arm oder die Selbstwendung nachzuahmen, indem mittels des Hakens das Beckenende der Frucht herabgeholt wird.

»Der Kaiserschnitt« (Kapitel XVII) darf keine Monopoloperation der Kliniken bilden, jeder Arzt muss denselben eben so wie Bauchschnitt oder Kehlkopfschnitt ausführen können. Wegen Beckenenge tritt die absolute Indikation bei einer C. vera unter 6,5, die bedingte Anzeige von $6^1/_2$—8 cm ein. — Für den konservativen Kaiserschnitt wird das Vorwälzen des Uterus empfohlen, provisorische Nähte der Bauchwunde als entbehrlich geschildert, eben so nach dem Vorschlage Schauta's der elastische Schlauch, wenigstens für den gewandten Operateur. — Zur Naht der Uterusmuskulatur werde Sublimatseide oder dünnes Juniperuskatgut verwendet, die Serosa soll mit Knopfnähten vereinigt werden. — Der Porro'schen Operation bleibt für immer ein sicheres, wenn auch kleines Feld. Die Hauptanzeige für dieselbe bildet die Osteomalacie. Die statistischen Ergebnisse sprechen mehr für die extra- als für die intraperitoneale Stielversorgung. — Da der Kaiserschnitt post mortem meist nutzlos ist, so hat der Arzt dahin zu streben, entweder, wenn ihm der Fall vorher bekannt, rechtzeitig die künstliche Frühgeburt einzuleiten, oder in der Agone zum Kaiserschnitt zu greifen, so lange das Kind sicher noch lebt; letzteres Verfahren ist das rationellere.

Die Gastroelythrotomia hat heut zu Tage keine Berechtigung mehr.

Das XVIII. Kapitel: »Laparotomie bei Schwangerschaft und Geburt« bespricht zuerst die Komplikation von Schwangerschaft mit Ovarialtumoren, welches Zusammentreffen ein operatives Eingreifen fordert, sobald mit Sicherheit die Diagnose gestellt werden kann, also meist im 3.—4. Monat; die Entfernung des zweiten Ovariums ist wo möglich zu vermeiden. Während der Geburt wird man nur ausnahmsweise zur Ovariotomie schreiten; ist hier die Geburt auf natürlichem Wege nicht möglich, so könnte unter Umständen bei der großen Gefahr der Zange oder Wendung die Kraniotomie in Frage kommen; rationeller ist, zur Laparotomie überzugehen und zuerst die Frucht durch den Kaiserschnitt und dann den Tumor zu entfernen.

Für Gravidität mit Uterusmyom komplicirt allgemein gültige therapeutische Grundsätze aufzustellen, ist noch schwer, jeder Fall muss individualisirt werden. Im Allgemeinen steht so viel fest, dass mit dem Zuwarten bei Myomen bis zur Geburt die Prognose für die Mutter sich verschlechtert, während die für das Kind sich bessert. In der Schwangerschaft ist der klinische Abort nicht zu empfehlen, eher die künstliche Frühgeburt; während der Geburt konkurriren, wenn die Reposition nicht gelingt, sämmtliche geburtshilfliche Operationen, so fern die Raumbeschränkung keine absolute Indikation zum Kaiserschnitt giebt.

Bei Komplikation von Carcinom der Portio und des Cervix mit Schwangerschaft dürften bessere Resultate erzielt werden, wenn im Anfange der Schwangerschaft im Interesse der Mutter möglichst radikal (Totalexstirpation, infra- und supravaginale Amputation), später im Interesse des Kindes möglichst konservativ (besonders durch Trockenbehandlung) verfahren wird.

Operation bei Extra-uterin-Gravidität (Kapitel XIX). Das beste Eintheilungsprincip dafür giebt die Zeit der Schwangerschaft, in der operirt wird. In den ersten Monaten ist am meisten die Laparotomie indicirt, welche F. auch nach dem Bersten des Fruchtsackes zulassen will; hingegen ist die einfache Punktion des extra-abdominellen Fruchtsackes ganz zu verwerfen, günstiger sind die Resultate mit Morphiuminjektionen, Verf. glaubt aber, dass die Erfolge weniger in dem angewandten Morphium, als in der Verwendung feiner Pravaz'scher Nadeln zur Aspiration des Fruchtwassers liegen. Über die Verwendbarkeit der Elektricität ist ein abschließendes Urtheil noch nicht möglich. — Ist die erste Hälfte der extra-uterinen Schwangerschaft vorüber, so wartet man am besten bis gegen den Schluss derselben, um, bei lebender Frucht, in der ersten Hälfte des zehnten Schwangerschaftsmonats vor Eintritt der Wehen zur Laparotomie zu schreiten; die Kolpotomie ist nur rathsam, wenn der Fruchtsack den Douglas oder das Parametrium stark gegen die Scheide vorbaucht. Bei todter Frucht empfiehlt sich bei günstigen Gesundheitsverhältnissen der Mutter ein möglichst langes Abwarten (4—8 Monate) nach dem Tode der Frucht.

Im Anhange wird der Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn bei Uterus bicornis gedacht und als am zweckmäßigsten gerathen, den Stiel des rudimentären Hornes dicht am Uterus zu umschnüren, dann das Nebenhorn sammt Inhalt abzutragen und die Wunde durch Etagennaht abzuschließen.

Kapitel XX: »Die Expression«. Die Anwendung des äußeren Druckes als geburtshilfliches Mittel kommt nur bei Längslagen in Betracht; bei Kopflagen vor Allem nach Müller's Vorschlag, um die Verhältnisse zwischen engem Becken und Größe des kindlichen Kopfes zu erproben, weiter nach Hofmeier's Empfehlung in Fällen, in denen die Wendung gefährlich, andererseits wegen Hochstand des Kopfes die Zange kontraindicirt ist, um die Perforation hinauszuschieben; das Kristeller'sche Verfahren passt für Wehenschwäche in der Austreibungsperiode, wenn die Kräfte der Frau zum Mitpressen nicht ausreichen; die weiteste Verbreitung soll die Anwendung des äußeren Druckes als Mastdarm- oder viel besser noch als Hinterdammgriff finden! Bei Beckenendlagen soll die Expression bei normalem Verlauf angewandt werden, sobald der Steiß durchgeschnitten hat; bei Wehenschwäche oder mangelnder Kraft der Bauchpresse passt sie bei auf dem Beckenboden stehendem Steiß.

Das Kapitel XXI betitelt sich »Die künstliche Entfernung der Nachgeburtstheile« und handelt im ersten Abschnitte von der Entfernung der »Placenta sammt Eihäuten« aus Scheide, Cervix oder Uterus, mag dieselbe schon gelöst oder noch adhärent sein. Ob eine adhärente Placenta vollständig entfernt ist, muss der tastende Finger entscheiden, durch Besichtigung eines gelösten Mutterkuchens ist es sehr schwer, dessen Vollständigkeit zu bestimmen. In der Uterustamponade bei Atonie sieht Verf. nur ein ultimum refugium nach vorheriger heißer Ausspülung der Uterushöhle mit $2^1/_2$ %iger, 40° R. heißer Karbollösung, warnt aber vor häufiger Anwendung. — Bei Besprechung der Entfernung von Placentarresten beziehungsweise Abortresten wird betont, dass dieselben stets entfernt werden müssen und zwar unmittelbar nach der Geburt mit dem Finger, im Wochenbett mit dem scharfen Löffel. — Von den abgerissenen und zurückgebliebenen Eihäuten kommt nur das Chorion in Frage, indem das Amnion für sich allein nie zurückbleibt, die Decidua aber keine Veranlassung zur Entfernung giebt. Wenn in Folge von Choriondefekt Blutungen auftreten, so ist die manuelle Entfernung der fehlenden Eihäute indicirt; bestehen aber keine Blutungen, so ist nach F. die Entfernung wohl wünschenswerth, wenn auch er selbst diesem Postulate nicht nachkommt, indem er bei theilweisem Defekte nicht danach sucht, beim Fehlen des ganzen Chorion nur bis zum Cervix behufs eventueller manueller Entfernung vordringt.

Kapitel XXII: »Vereinigung der durch die Geburt gesetzten Verletzungen der weiblichen Genitalien«. Scheiden-Dammrisse — die besonders häufig auch bei solchen Mehrgebären-

den, bei denen schon früher einmal eine Ruptur entstanden war, vorkommen — müssen immer durch die Naht vereint werden, sobald sie die Länge von 1 cm überschreiten. Genäht soll erst nach Austritt der Placenta und wenn die Sicherheit besteht, dass keine atonische Blutung mehr eintritt, werden und zwar mit Seide in Seitenlage, ohne die Wundränder zu glätten, da wir mit der Schere nie so entsprechende Wundflächen schaffen, wie die zerrissenen sind und zudem durch das Glätten eine Blutung entstehen könnte. Scheidennähte sind unnöthig. Die Berieselung der Wunde mit Urin schadet der prima intentio gar nichts. Die fortlaufende Katgutnaht, welche immer Narkose fordert, wird nicht empfohlen; Sekundärnähte sind mit Silber und nie vor dem 8. Tage anzulegen.

Bei Cervixrissen ist eine Naht selten nöthig (es scheint auch, als ob Cervixnähte spätere Geburten erschweren), die Tamponade bleibt das Hauptverfahren. Eher zu empfehlen sei ein zweizeitiges Verfahren: zuerst Tamponade und ca. 12 Stunden später erst die Naht.

Torggler (Innsbruck).

Kasuistik.

3) **Handfield-Jones.** Insufficientia cordis and Abort.

(British med. journ. 1890. März 15.)

Während der Schwangerschaft hypertrophirt der linke Ventrikel in Folge der gesteigerten Arbeit, welche ihm durch die Entwicklung des Uterus und seines Inhalts zufällt. Wenn diese Hypertrophie nicht oder nur wenig vorhanden ist, so bietet das Herz die Zeichen der Insufficienz dar, welche sich in Palpitationen äußert, leisen Herztönen, Ödem der unteren Extremitäten, Dyspnoe etc.; diese Symptome beginnen gewöhnlich im 3. Monat und hören erst nach der Geburt auf; Abort kann die Folge dieser Herzschwäche werden, hervorgerufen durch kleine placentare Blutungen, in Folge der Veränderung kleinster Arterien und Kapillaren. Ruhe, eine gute Hygiene der Schwangerschaft so wie die Anwendung von Herztonicis können dem vorbeugen.

K. Ruhemann (Berlin).

4) **Trélat** (Paris). Cystisches Adenofibrom der Brustdrüse.

(Gaz. des hôpitaux 1890. No. 36. p. 333.)

Ein praktisch, wie theoretisch wichtiger Fall. Das Präparat der wegen eines gutartigen Tumors (Adenofibroma cysticum) vorsorglich in toto exstirpirten Drüse zeigte in einer ausgesprochen gutartigen Geschwulst eine pilzartige weiche Partie mit charakteristischen krebsigen Zellennestern im bindegewebigen Stroma. Achseldrüsen noch nicht ergriffen.

Sack (Langensteinbach).

5) **Boisleux.** Bakteriologische Untersuchungen in Fällen von Beckenabscessen, eitriger Salpingitis und Abscessen des Ovariums.

(Gaz. hebd. de med. et de chir. 1890. No. 12. — Lyon méd. 1890. Februar 16.)

B. hat die Flüssigkeiten von 33 Salpingitiden, 7 Beckenabscessen und 4 Fällen von tuberkulöser Peritonitis bakteriologisch untersucht; in allen Fällen war die Laparotomie gemacht worden. Die auf Agar-Agar gemachten Kulturen zeigten eine verschiedene Virulenz, bisweilen gar keine; in letzterem Falle war das Resultat der Operation stets ein günstiges; in mehreren Fällen von Beckenabscessen enthielt der Eiter Tuberkelbacillen. Die wenn auch nicht konstante, so doch

mögliche Virulenz solcher Flüssigkeiten legt es daher nahe, den auch nur unbedeutendsten Austritt von Eiter in die Bauchhöhle zu vermeiden.

K. Ruhemann (Berlin).

6) Villar (Bordeaux). Nabelgeschwülste.

(Gaz. des hôpitaux 1890. No. 32. p. 293.)

Unter Anderem weist Verf. auf die wenig bekannten lymphangiektatischen Geschwülste der Nabelgegend bei voluminösen Ovarialcysten hin. Wenn sie auch bis jetzt an Lebenden gar nie diagnosticirt wurden, wird man stets an sie denken müssen, wenn im Gefolge eines Kystoms eine weiche Nabelgeschwulst entsteht.

Sack (Langensteinbach).

7) Wyder (Zürich). Amputatio colli uteri, Atresia, Haematometra und Haematosalpingitis.

(29. Kongress schweizer Ärzte. Mercredi medical 1890. No. 23.)

W. hat eine Frau operirt, bei der er nach Amputation des Collum uteri eine Atresie entstehen sah, die von Retention des Menstrualblutes gefolgt war. Nach Erweiterung des Collum entleerte sich eine beträchtliche Menge schwarzen Blutes; eine Hämatosalpingitis blieb jedoch bestehen und wurde punktirt. 8 Tage danach fing der Tubarsack zu eitern an. Die Laparotomie führte zur Heilung, obgleich während der Operation der Tubarsack geplatzt war und sich eine eitrige Flüssigkeit in die Bauchhöhle entleert hatte. **K. Ruhemann** (Berlin).

8) Bársony (Budapest). Inversio uteri.

(Wiener med. Wochenschrift 1890. No. 20.)

Bei einer 23jährigen Pat. mit Inversio uteri wurde die Reposition mit dem Kolpeurynter in der Rückenlage 17mal ohne Erfolg versucht. Dieselbe gelang erst in Knie-Ellbogenlage, nachdem die Wände des Uterus von allen Seiten mit Jodoformgazestreifen gestützt worden waren. **K. Ruhemann** (Berlin).

9) Trélat (Paris). Über Entzündung der Uterusanhänge.

(Gaz. des hôpitaux 1889. No. 42. p. 385.)

In den mit Salpingitis komplicirten Endometritiden schreckt T. nicht vor der Curette zurück. Der chirurgische Satz, dass der primäre Entzündungs- und Eiterungsherd zunächst angegriffen werden muss, um reaktive und sekundäre Entzündungen zu koupiren, soll auch für den Gynäkologen gelten. Desswegen ist die Uterusausschabung das beste Mittel, um die im Gefolge der Metritis aufgetretene Salpingo-Ovaritis gründlich zu heilen. Noch nie hat T. einen Misserfolg darin erlebt, oder irgend wie geschadet. Schnelle Heilungen haben ihn für das energische Eingreifen belohnt. Durch diesen Fortschritt in der Therapie der Tubenerkrankungen sind auch Indikationen für Tubenexstirpation ziemlich eingeschränkt und bleiben hauptsächlich auf Pyosalpinx beschränkt.

Sack (Langensteinbach).

10) E. Rollet (Lyon). Spontane Ausstoßung eines großen Blasensteines.

(Lyon méd. 1890. April 6.)

Eine 65jährige Frau entleerte beim Husten mit Inkontinenz des Urins, sich selbst unbewusst, einen Phosphatblasenstein von 2,9 : 3,8 cm, ohne Blutung, ohne weiter nachweisbare Veränderung an der Harnröhre als leichtes Ödem und Röthung. Zeigefinger kann passiren. 12 Tage später ist von der Inkontinenz wenig mehr zu merken. **Zeiss** (Erfurt).

11) Berry-Hart (Edinburg). Mitralstenose bei der Geburt.

(Edinb. med. journ. 1889. August.)

Verf. hat in einer früheren Arbeit mehrere Fälle mitgetheilt, welche ergeben sollten, dass bei dieser Komplikation die Gefahr in der bei Beendigung der 3. Geburtsperiode eintretenden Überfüllung der rechten Herzseite liege, in Folge deren

Herzlähmung eintrete. 3 weitere Fälle mit 2 Sektionsergebnissen werden als Beweise hier mitgetheilt. Die Prognose hänge davon ab, ob die Kompensationsstörung schon Veränderungen im rechten Herzen gemacht habe.

Die 3 Fälle wurden ohne den von ihm früher empfohlenen Aderlass behandelt.

Zeiss (Erfurt).

12) Höchstenbach. Über Metritis dissecans. (Aus der Heidelberger Frauenklinik.)

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

Bei einer gesunden, übrigens sehr reizbaren Frau tritt am normalen Ende ihrer ersten Schwangerschaft Geburt nach vorzeitigem Blasensprunge ein. Die Eröffnungsperiode zieht sich außerordentlich in die Länge. Die Zange wird zuerst bei noch nicht vollständig erweitertem Muttermunde an den Kopf des lebenden Kindes angelegt, doch nach vier erfolglosen Traktionen wieder abgenommen. 16 Stunden später wird der inzwischen tiefer getretene Kopf mit einer Traktion der Zange entwickelt. Todtes Kind mit Schädelverletzungen. Ein Dammriss wird durch mehrere Nähte vereinigt. Wegen starker Blutung Lösung der Nachgeburt mittels der Hand und antiseptische intra-uterine Ausspülung. $^3/_4$ Stunde später tiefer Kräfteverfall, dem heftiger Schüttelfrost und wiederholtes Erbrechen als erste Anzeichen einer puerperalen Infektion nachfolgen. Am nächsten Tage starke Auftreibung und Empfindlichkeit des Bauches, besonders in seinen unteren Stellen, sehr lebhafte Empfindlichkeit der Geschlechtstheile. In der Gebärmutter Entwicklung stinkender Gase, jauchige Endometritis. In den nächsten Tagen unter entsprechender Behandlung Minderung dieser Erscheinungen und Abstoßung brandiger Stücke von Scheidenschleimhaut. Feststellung einer Blasenscheidenfistel.

Metastatische Pneumonie. Unter Fortbestehen eines mäßigen Fiebers und unter reichlicher eitrig-jauchiger Absonderung wird am 26. Tage nach der Geburt von selbst aus den Geschlechtstheilen ein Gewebsstück ausgestoßen, welches aus Uterus- und Scheidengewebe besteht. Es kommt, abgesehen von den weiteren Erscheinungen der Sepsis und Pyämie, die zunächst zur Heilung führen, schließlich zu Verschluss der Scheide und der Gebärmutter.

Wegen der Blasenscheidenfistel nach $^1/_2$ Jahr Episiokleisis. Nach $^1/_4$ Jahr Tod an Pyämie. Sektion bestätigt die Diagnose: »Metritis dissecans« aus ihren Folgezuständen (narbigen Schrumpfungen), und zeigt ferner ausgedehnte Venenthrombosen, metastatische Herde in der linken Niere und Lunge, linksseitige Coxitis mit Ankylose.

Verf. stellt alle einschlägigen Fälle aus der Litteratur zusammen und findet deren nur 12. Bei allen Fällen lässt sich puerperale Infektion nachweisen. In 2 Fällen schienen gleichzeitig bestehende schwere Allgemeinerkrankungen, einmal Typhus, einmal Syphilis, einen für den Infektionsvorgang günstigen Boden abzugeben. Unentschieden bleibt die Frage, ob es sich um eine primäre Nekrose eines Stückes Gebärmutterwand in Folge von Blut- oder Kokkenthrombose der betreffenden Gefäße und nachfolgende abgrenzende Entzündung oder um Unterbrechung der Ernährung durch entzündliche Exsudation handelt. Von den 12 Fällen endeten 3 tödlich, 2 an den Folgen der Infektion, 1 an Berstung bei intra-uteriner Ausspülung. Es ist daher vor diesen Ausspülungen bei einschlägigen Fällen zu warnen. Die Diagnose ist leicht, sobald die Ausstoßung der nekrotischen Wandstücke erfolgt ist.

Pfannenstiel (Breslau).

13) Münchmeyer. Beitrag zum Kaiserschnitte und über das Verhalten des bei demselben verwendeten Nahtmaterials.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVII. Hft. 2.)

M. berichtet über 7 neue Kaiserschnitte, 3 mit Erhaltung der Gebärmutter, 4 nach Porro operirte. Im Ganzen wurden demnach in der Dresdener Klinik 28 erhaltende Kaiserschnitte und 7 Porro'sche Operationen ausgeführt. Von den ersteren starben 3 Mütter, 1 an einer schon vor der Operation bestehenden Infektion, 1 an Meteorismus mit Lungenödem, 1 an Blutung, während 27 Kinder lebend

entlassen werden konnten. Von den nach Porro Operirten starb keine, während nur 2 Kinder lebend entlassen wurden. Die Indikation zum Porro gab 3mal eine sicher, bez. muthmaßlich bestehende Infektion der Gebärmutter, 3mal Carcinom, 1mal eine unstillbare Atonie des Uterus bei dem Versuch, den konservativen Kaiserschnitt vorzunehmen. Entgegen der früher von Leopold ausgesprochenen Ansicht warnt M. davor, den Gummischlauch zu fest zu schnüren und zu lange liegen zu lassen. Der Stiel wird extraperitoneal versorgt wegen der größeren Sicherheit in der Erhaltung des mütterlichen Lebens. Der Schlauch bleibt am Stumpf zunächst liegen, das Bauchfell wird womöglich unterhalb des Schlauches vereinigt, das Hinabgleiten des Stumpfes wird durch eine quer durchgeführte Spicknadel verhindert.

2mal hatte M. Gelegenheit, an der Leiche die Veränderungen der Geschlechtstheile zu sehen, welche sich nach Vornahme des erhaltenden Kaiserschnittes einstellen; beide Male war keine Verwachsung mit den Bauchdecken zu finden, nur eine dünne Netzadhäsion und einige bandartige Verwachsungen mit der Blase in einem Falle. Von dem Nahtmaterial war das chromsaure Katgut in beiden Fällen (1mal 7 Tage nach der Operation, 1mal 9 Monate nachher) noch völlig unresorbirt, während die Seide, wenigstens in dem einen Falle (nach 9 Monaten), bis auf mikroskopische Reste aufgesogen war. Trotzdem möchte M. das chromsaure Katgut nicht als Nahtmaterial verwerfen, nur die Präparation geändert wissen, um die Aufsaugung in der wünschenswerthen Zeit zu ermöglichen.

Pfannenstiel (Breslau).

14) **E. Schwartz** (Paris). **Fibromyom der rechten Tube; Laparotomie.**

(Revue obstetr. et gyn. 1890. April.)

Fall von Fibromyom der rechten Tube bei einer 54jährigen Frau. Seit einem Jahre waren hochgradige Beschwerden eingetreten, alle 14 Tage eine starke Blutung von 4—5 Tagen, vor deren Eintritt epileptiforme Krämpfe auftraten.

Der Tumor hatte die Größe eines Eies, war mit einem 3 cm langen fingerdicken Stiele versehen und saß nahe der Gebärmutter. Die Operation beschränkte sich auf Entfernung des Tumors, da die Adnexe sonst keine Veränderung zeigten.

In der freilich noch erst sehr kurzen Beobachtungszeit nach der Operation war einmal, 16 Tage nach der Operation, eine 2tägige Blutung aufgetreten; die Krämpfe fehlten vollständig. **Heyder** (Leipzig).

15) **Felsenreich** (Wien). **Kasuistische Beiträge zur Komplikation der Schwangerschaft durch Fibromyome.**

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 40 u. 41.)

Nachdem Verf. auf die relativ seltenen Fälle, in denen die doch so häufig vorkommenden Fibromyome des Uterus ernstere Komplikationen der Schwangerschaft und Geburt mit sich bringen, hinweist, führt er in extenso 5 Beobachtungen von Geburten, komplicirt mit Uterusfibromyomen, von denen 5 zu mehr oder weniger ernsten Symptomen vor oder während der Geburt führten, an, die sämmtlich glücklich verliefen. Die dabei in Anwendung gebrachte Therapie stimmt ziemlich mit der allgemein gebrauchten überein, nur hinsichtlich der Indikation des künstlichen Abortus zieht F. weitere Grenzen, als dies W. zugiebt. Keinen Erfolg sah Verf. von Anwendung des Pulv. sec. cornut. innerlich behufs Involution der Fibromyome im Puerperium. Mehr würde er von Ergotininjektionen oder besser noch von Ergotinklysmen erwarten. **Torggler** (Innsbruck).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASSN.
JAN 5 1891

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 51. Sonnabend, den 20. December. **1890.**

Inhalt: I. **Kelterborn**, Versuche über die Entstehungsbedingungen peritonealer Adhäsionen nach Laparotomien. — II. **Rühl**, Bemerkungen über die Schücking'sche Methode der vaginalen Fixation des Uterus bei Retroflexio und Prolapsus uteri. (Original-Mittheilungen.)

1) **Boldt**, Trachelorrhaphie. — 2) **Macphatter**, Diagnostischer Bauchschnitt. — 3) **Piskaček**, Kaiserschnitt. — 4) **Leskine**, Wendung. — 5) **Seymour**, Beckenmechanismus. — 6) **Raciborski**, Emmenagoga. — 7) **Smith**, Geneigtes Bett.

8) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in St. Petersburg. — 9) **Escherich**, Säuglingsernährung. — 10) **Terillon**, Exstirpation eines Myoms. — 11) **Wertheimer**, Hyperemesis. — 12) **Wathen**, Ektopische Schwangerschaft. — 13) **Smital**, Hydrocele feminina. — 14) **Müller**, Plötzlicher Tod. — 15) **Liebmann**, Mangel der Genitalien. — 16) **Cserey**, Elektrolyse.

I. Versuche über die Entstehungsbedingungen peritonealer Adhäsionen nach Laparotomien.

Von
Dr. G. Kelterborn in Dorpat.

In der ersten Hälfte dieses Jahres experimentirte ich, auf Vorschlag des Herrn Prof. Küstner, über die Entstehungsbedingungen der peritonealen Adhäsionen. Die Resultate, zu denen ich gekommen bin, weichen von denen derjenigen Forscher, welche bisher auf demselben Gebiete gearbeitet haben, ab; desshalb dürften sie vielleicht von allgemeinem Interesse sein.

Sänger[1] kam zu dem Resultate, dass nach Resektion des Peritoneum parietale nicht zwei, sondern eine Wundfläche zur Entstehung von Verwachsungen genügt und dass an Stelle des Peritonealdefektes kein Endothel sich neu bildet, sondern die Adhäsionsbildung unvermeidlich ist.

Die Resultate v. Dembowski's[2] sind kurz folgende: Fremdkörper, Ligaturen mit den entsprechenden Schnürstücken und Brandschorfe

[1] Archiv für Gynäkologie Bd. XXIV. p. 1.
[2] Archiv für klin. Chirurgie 1888. Bd. XXXVII. p. 745.

rufen ganz sicher Peritonealadhäsionen hervor: Jodoform. Blutcoagula. reizende und antiseptische Flüssigkeiten und die verschiedenen Verletzungen des Peritoneums, sind ohne wesentlichen Einfluss und veranlassen an einer sonst normalen Serosa keine Verlöthungen.

Meine Versuche 18 an der Zahl, sind an Katzen, 1 Hunde und 1 Kaninchen ausgeführt. Operirt wurde stets in Chloroformnarkose. Die Bauchnähte wurden in fast allen meinen Versuchen mit 2 Nadeln angelegt, ich führte die Nadeln etwa 0,5 cm vom Wundrande durch Peritoneum, Muscularis und Haut von innen nach außen. Als Nahtmaterial habe ich Seide benutzt. Für die ersten Versuche legte ich einen einfachen Photoxylinverband an: da derselbe sich als ungenügend erwies, indem er stellenweise platzte oder aber sich löste, so sah ich mich veranlasst, in allen weiteren Versuchen, einen doppelten Verband anzulegen, indem ich über den Photoxylinverband eine Lage Watte legte, die mit Bindentouren über Brust und Bauch fixirt wurde. In einem Theil meiner Versuche habe ich die Thiere vor der Laparotomie, einer besonderen Präparation unterworfen, indem ich ihnen nur Fleisch und Milch, so wie zweimal täglich Magist. Bismuthi à 0,3 und am Abend vor der Operation 2 Theelöffel Ricinus gab. Dieses Verfahren erwies sich als durchaus zweckmäßig, da dadurch die größtmöglichste Reduktion des Darmlumens erzielt wurde. Auch bei den Menschen ist ja eine solche diätetische Vor- und Nachbehandlung in Gebrauch.

Auch nach der Operation hielt ich die Thiere knapp in der Kost, da mir einige Versuche gezeigt hatten, dass selbst am 8. und 10. Tage nach der Operation noch keine genügend feste Konsolidation der Bauchwunde mit Sicherheit zu erwarten ist. In einem Falle waren 2—3 Nahtstellen, im anderen die ganze Bauchwunde in Folge zu reichlicher Fütterung aufgeplatzt und die Darmschlingen prolabirt.

Die Antisepsis bei der Operation wurde so gehandhabt, wie sie in der Küstner'schen Klinik und heut zu Tage wohl an den meisten gynäkologischen Kliniken in Gebrauch ist.

Zuerst suchte ich das Verhalten der Brandschorfe innerhalb des Peritonealraumes kennen zu lernen und konnte im Gegensatz zu v. Dembowski[3], Maslowski[4], Spiegelberg[5] und Waldeyer feststellen, dass selbst Brandschorfe von ganz beträchtlicher Größe, bei sonst normalem Peritoneum, durchaus die Tendenz zeigen in Verheilung überzugehen, d. h. sich zu überhäuten. In den ersten Versuchen hatte ich nur Brandschorfe an das Darmrohr applicirt, in den weiteren Fällen wurde das Peritoneum parietale und gleichzeitig die oberflächlichen Schichten des Darmes, Magens, der Blase und Leber verschorft. Der Erfolg in den unkomplicirten Fällen blieb immer derselbe, es trat keine Adhäsionsbildung auf, sondern die Schorfe verheilten und die entsprechenden Stellen waren später glatt und spiegelnd. Bei tieferen Brandschorfen des Darmes, besonders wenn die Gefäße der Darmwand angebrannt wurden, kam es sehr leicht zu Darmgeschwüren. Die größten Brandschorfe am Dünndarm der Katze, an denen man glatte Überhäutung beobachten konnte, wenn es zu keiner Zerstörung der Muscularis gekommen war, die sich nicht regenerirte und daher nach der Heilung einen Niveauunterschied hinterließ, betrugen 2 cm in der Länge und 0,5 cm in der queren Ausdehnung. Die kleinsten Brandschorfe waren etwa linsengroß. Die parietalen Brandschorfe rechts und links etwa 3 cm von der Mittellinie entfernt, begannen über dem Leberrande und erstreckten sich links über Magen und Milz, waren bis 6 cm lang und 0,5 cm breit und legten stellenweise die Muscularis bloß.

In weiteren Versuchen untersog ich anders gewonnene Epitheldefekte einer Untersuchung, indem ich mit dem scharfen Löffel die Serosa des Dünndarmes auf

---

[3] l. c.
[4] Maslowsky, Archiv klin. Chir. 1868. Bd. IX. p. 527.
[5] Spiegelberg und Waldeyer, Virchow's Archiv 1868. Bd. XLIV. p. 69.

1,0 cm Länge und 0,5 cm Breite, und das Peritoneum parietale auf 3,0 bis 4,0 cm Länge und 0,5 cm Breite entfernte.

Ähnliches suchte v. Dembowski durch Bürsten des Peritoneum parietale zu erreichen. Die Thiere ließ ich oft 3 Wochen und darüber leben. Auch diese Versuche ergaben, wo es zu keiner Zerstörung der Muscularis gekommen war, dass die wundgemachten Partien nach einiger Zeit ganz ohne Niveauunterschied überhäutet waren.

In einigen Fällen habe ich, wie v. Dembowski, die Resektion des Peritoneum parietale ausgeführt, indem ich dabei rundliche, etwa 1—2 cm im Durchmesser haltende Stücke des Peritoneum, bald mit bald ohne die darüber befindliche Fascie entfernte. Der Erfolg blieb immer derselbe, indem kleine und größere, oberflächliche und tiefere Epithelverletzungen des Peritoneum keine Veranlassung zur Adhäsionsbildung gaben. Ich möchte hier an die Analogie mit einer normaliter im Geschlechtsleben des Weibes sich ereignenden Epithelverletzung erinnern und betonen, dass es doch beim Platzen des Graaf'schen Follikels ebenfalls zu einer intraabdominellen Wundfläche kommt, die mit Hinterlassung einer Narbe heilt. Diese Narbenbildung spricht schon dafür, eben so wie die oft beträchtliche Größe des Follikels, dass der Process einige Zeit zur Verheilung in Anspruch nimmt. Warum kommt es an den Ovarien zu keinen Verklebungen mit den Tuben oder den Darmschlingen? Ich finde die Erklärung dafür in meinen Versuchen, welche lehren, dass eine frische, reine, aseptisch zu Stande gekommene Wunde überall, so auch in der Bauchhöhle, ohne mit Nachbarorganen Verklebungen einzugehen, heilt. Anderen Falles möchte ich glauben, ob nicht die vielfachen strangförmigen Adhäsionen, die man bei der Perimetritis adhäsiva gerade von den Ovarien ausgehend findet, in erster Linie ihren Ausgangspunkt von geplatzten, in diesem Falle aber von den Tuben aus inficirten Graafschen Follikeln nehmen.

In seinen Versuchen sagt v. Dembowski, dass das Ausbleiben von Adhäsionen bei Ligaturen mit entsprechenden Schnürstücken eine seltene Ausnahme ist und macht besonders auf das häufige Verkleben des vorderen scharfen Leberrandes um die entsprechende peritoneale Sutur aufmerksam. Diese besondere Prädisposition habe ich nicht konstatiren können. In einem Versuch war von 2 Suturen keine mit der Leber oder dem Netz verwachsen, in allen übrigen Fällen ist von 2 Suturen immer eine frei gewesen. Allerdings vermied ich es, wie v. Dembowski, mit Pinces hémostatiques eine Falte zu heben, ich habe einfach die Nadel ins Peritoneum eingestochen, 2—3 mm unter demselben durchgeführt, den Faden festgeknüpft und kurz abgeschnitten. Wenn wirklich der von der Sutur ausgehende Reiz das ursächliche Moment war, so hätte es in meinen Versuchen, eben so wie bei v. Dembowski, immer zu Verwachsungen kommen müssen. Bei gut sterilisirter Seide wird sich wohl auch hier die Abkapselung, als der gewöhnliche Vorgang, nachweisen lassen.

Die Adhäsionen des Netzes an der Mittellinie kommen, wie die verschiedenen Operateure hervorheben, auch in ganz reaktionslos verlaufenden Fällen vor. Bei meinen laparotomirten Versuchsthieren beschränkten sich die Netzadhäsionen fast ausschließlich auf die Stichkanäle der Nähte und waren ganz gleich häufig bei frisch desinficirter als älterer Seide.

Man kann beobachten, dass schon sehr frühzeitig, noch im Laufe der ersten 24 Stunden nach der Operation, sich diese Netzadhäsionen an der vorderen Bauchwand bilden und es scheint mir daher nicht unwahrscheinlich, dass die Ausbildung der Netzadhäsion an diesen Stellen mit der in der Bauchhöhle nach der Operation zurückbleibenden Luft in Zusammenhang zu bringen sei. Die im Abdomen zurückbleibende Luft drängt das Netz gegen die Bauchwunde und treibt es fest in die verschiedenen Vertiefungen, als da sind Dehiscenzen der Bauchwunde und Stichkanäle ein und lässt dadurch die frühe und intime Verlöthung zu Stande kommen. Dringt doch bei jeder Laparotomie Luft in die Bauchhöhle ein und wird dann zum Theil darin eingeschlossen, während der andere Theil bei oder gleich nach Schluss des Abdomens besonders bei Gelegenheit von Brechakten aus der Bauchwunde in Gestalt von blasigem Schaum austritt.

Ferner beobachtete ich, dass in der Rekonvalescenz noch zwischen den 1 cm weiten Interstitien der Nähte Luft aus der Abdominalhöhle austritt; ich fand öfter, dass ein genügend breit angelegter Photoxylinverband sich schon im Laufe einer Nacht im Centrum gelöst hatte und hier zu einer Luftblase aufgetrieben war.

Somit komme ich zu dem Schluss, dass Epithelabschilferungen und Brandschorfe des Peritoneum, in unkomplicirten Fällen, zu keiner Adhäsionsbildung führen.

Ligaturen in der Bauchhöhle sind meistentheils nicht Ursache von Adhäsionsbildung sondern zeigen Tendenz sich abzukapseln.

Die Adhäsionsbildung in der Abdominalhöhle nach Laparotomie bei sonst normalem Peritoneum lässt sich in den weitaus meisten Fällen auf Infektion zurückführen und ist diese als die Hauptursache derselben anzusehen. Dem ausgedehnten Gebrauch des Thermokauters bei Laparotomien zur Lösung von Adhäsionen steht sonach nichts entgegen.

II. Bemerkungen über die Schücking'sche Methode der vaginalen Fixation des Uterus bei Retroflexio und Prolapsus uteri.

Von

W. Rühl in Eibach-Dillenburg.

Schücking in Pyrmont hat vor einiger Zeit ein neues Operationsverfahren bei Retroflexio und Prolapsus uteri beschrieben[1] und nachträglich eine große Zahl glücklich verlaufener Operationsfälle veröffentlicht[2].

Weitere 14 Fälle hat Thiem operirt und dabei sehr zu Gunsten des Operationsverfahrens sprechende Resultate gehabt[3].

So viel mir bekannt, ist von anderer Seite das Schücking'sche Verfahren noch nicht versucht worden; auch sind die Ansichten über den Werth, die Indikation und die Gefahren der Operation sehr verschieden.

Ich erlaube mir desshalb weitere 4 — von mir operirte — Fälle zu veröffentlichen:

Fall I. Frau P. M. aus F. In meine Behandlung getreten am 13. Januar 1889. Anamnese: 35 Jahre alt, 6 Geburten, letzte vor 2 Jahren. Seit der 4. Entbindung (vor 6 Jahren) trägt Pat. Pessare wegen inkompletem Uterusprolaps. — Seit der letzten Entbindung leidet Pat. an totalem Uterusvorfall. — Derselbe war lange Zeit durch Pessare verschiedener Art, welche Pat. sich selbst einzuführen gelernt hatte, zurückgehalten worden. Seit Herbst 1888 kann Pat. ein großes, den Vorfall sicher zurückhaltendes Pessar nicht mehr ertragen, indem kurze Zeit nach dem Einlegen heftige Schmerzen im Rücken und Unterleibe sich einstellen, ein kleines Pessar pflegt sofort nach der Applicirung aus der Scheide herauszugleiten.

Pat. acceptirte desshalb meinen Vorschlag zur Operation und am 28. März 1889 führte ich dieselbe in Gegenwart des Herrn Dr. Winnen in Dillen-

---

[1] Centralblatt für Gynäkologie 1888. No. 12 u. 35.

[2] Centralblatt für Gynäkologie 1890. No. 8.

[3] Thiem, Erfahrungen über die vaginale Ligatur nach Schücking etc. 1890.

burg aus. Die Operation selbst hatte der nicht narkotisirten Pat. nur wenig Schmerzen bereitet; 2 bis 3 Tage nachher entstanden jedoch heftige, stechende Schmerzen im Unterleibe, starker Drang und Schmerz beim Urinlassen etc., ohne dass der Urin blutig gefärbt war.

Den Faden entfernte ich schon 14 Tage nach der Operation, da die Blasen- und Unterleibsschmerzen absolut nicht nachlassen wollten und der Zustand der Frau mich fast beunruhigte.

Der Erfolg der Operation ist folgender: Uterus-Prolaps ist bis heute nicht wieder eingetreten, trotzdem Pat. die schwerste Feldarbeit verrichtet. Subjektives Befinden der Pat. ist sehr gut. — Die Lage des Uterus ist indessen keine ideale, sondern eine stark retrovertirte.

Fall II. Frau E. W. aus F. In meine Behandlung getreten 20. Januar 1889. Anamnese: 32 Jahre alt, 2 Geburten, letzte vor 8 Jahren. — Pat. leidet seit der letzten Entbindung an hochgradiger Retroflexio uteri, welche außer anderen großen Beschwerden Ursache einer fast konstanten Migräne ist. Reponirung des Uterus beseitigt fast sofort sämmtliche Beschwerden, indessen wird ein Pessar von der Pat. nicht länger wie 1—2 Wochen ertragen.

Am 2. April 1889 führte ich die vaginale Ligatur nach Schücking aus. — Die Ausführung der Operation war von der Pat. ohne Narkose ertragen worden; 2 bis 3 Tage post. operat. entstanden ziehende, stechende Schmerzen im Unterleibe, heftiger schmerzhafter Drang zum Harnlassen, Schmerz beim Stuhl etc. Die Intensität dieser Erscheinungen war eine sehr wechselnde, indessen belästigten und beunruhigten dieselben Pat. in hohem Grade. 4 Wochen nach der Operation entstand unwillkürliches Harnträufeln, wesshalb ich (in der 5. Woche p. op.) zur Entfernung des Fadens schritt. Einige Tage hiernach verlor sich das Harnträufeln, auch schwanden nach und nach sämmtliche, durch die Operation hervorgerufene Beschwerden, wozu ganz besonders heftige und langdauernde Blutungen gerechnet werden mussten. (Die Pat. hatte vor der Operation nie an Blutungen gelitten, die Menstruation war, trotz der hochgradigen Retroflexio, sogar sehr schwach gewesen.)

Der Erfolg der Operation ist heute folgender: Subjektives Befinden der Pat. ist sehr gut, Migräne fast ganz verschwunden. — Die Lage des Uterus ist jedoch keine ideale, sondern eine anteflektirt-retrovertirte, siehe Zeichnung p. 918, welche mathematisch genau die jetzige Lage des Uterus angiebt (die punktirte Linie bezeichnet die Lage des Uterus vor der Operation).

Fall III. Frau G. P. aus D. In meine Behandlung getreten am 4. April 1889. Anamnese: 6 Geburten, letzte vor 3 Jahren. Seit der letzten Geburt besteht totaler Uterusprolaps von einer solchen Größe, wie ich denselben nur selten gesehen habe; der sehr vergrößerte, retroflektirte Uterus (die Länge des Utero-cervical-Kanales beträgt 13 cm) liegt mit der umgestülpten Scheide vor der Vulva. Es war unmöglich, den Prolaps durch Pessare, selbst nicht durch »Zwank'sche« Hysterophore zurückzuhalten. Nach passender Vorbehandlung schritt ich am 12. August 1889 zur Operation. Während derselben entstand geringe Blasenblutung, welche nach 2 Tagen vollständig verschwand. Einige Tage nach der Operation traten an Intensität sehr wechselnde Schmerzen im Rücken und Unterleibe auf, welchen sich allmählich heftige Blasenschmerzen, fast konstanter Drang zum Urinlassen etc. zugesellten. Der entleerte Urin war stets sehr trübe. — 14 Wochen post op. entfernte ich den Faden. Trotzdem bestanden die Blasenbeschwerden weiter und fand ich als Ursache derselben einen fast hühnereigroßen Blasenstein vor. Unter freundlicher Assistenz des Herrn Dr. Winnen in Dillenburg erweiterte ich die Harnröhre der tief narkotisirten Pat. mittels Hegar'scher Dilatatoren, zertrümmerte den Blasenstein und entfernte die einzelnen Fragmente desselben mittels starker Kornzangen. Erst jetzt trat ein erträglicher Zustand in dem Befinden der Pat. ein.

Jetzt befindet sich Pat. sehr wohl. Der Uterusprolaps ist vollständig verschwunden, die Frau kann schwere Arbeit verrichten etc., ohne im geringsten von dem Vorfall etwas zu spüren.

Zu bemerken ist noch, dass ich während dem Liegen des Fadens eine T-Binde, abwechselnd mit Zwank'schem Hysterophor tragen ließ.

Fall IV. Frau R. aus D. In meine Behandlung getreten am 26. December 1889. Anamnese: 37 Jahre alt, 1 Geburt vor 10 Jahren. Seit dieser Zeit leidend. Uterus ist hochgradig retroflektirt, sinistroponirt und sehr fest im Becken fixirt.

Nach passender Vorbehandlung (Lösung der Fixationen etc.) Operation am 2. April 1890. Entfernung des Fadens nach 8 Wochen.

Während der Faden lag, hatte Pat. fast konstant mehr oder weniger heftige Schmerzen im Unterleibe, Drang zum Urinlassen etc. Ganz besonders unangenehm aber waren heftige Blutungen, welche noch lange Zeit nach Entfernung des Fadens die Pat. belästigten und schließlich weitere therapeutische Eingriffe

erforderlich machten. Als Nachbehandlung war von der Pat. mehrere Monate lang post. operat. ein Pessar getragen worden. Gegenwärtiger Status: Pat. befindet sich subjektiv recht wohl, Blutungen und Beschwerden sind verschwunden. Die Lage des Uterus ist indessen keine vollkommen normale, sondern eine anteflektirt-retrovertirte, ähnlich wie in Fall II (s. Zeichnung).

Wie aus Obigem hervorgeht, ist der Erfolg der Operation nicht zu bestreiten; in sämmtlichen Fällen trat subjektives Wohlbefinden ein. Eine ideal richtige Lage des Uterus wurde jedoch in keinem Falle erzielt, eine mehr oder weniger starke Retroversionsstellung war in allen Fällen eingetreten.

Die Beschwerden nach der Operation waren verhältnismäßig lästige und langdauernde, sie verschwanden erst nach Entfernung des Fadens. Ganz besonders ist zu bemerken, dass in 2 Fällen starke Blutungen eintraten, welche in dem letzten Falle noch 2 bis 3 Monate lang nach Entfernung des Fadens fortdauerten und

schließlich weitere therapeutische Eingriffe erforderlich machten. Auch von Thiem[4] und Schücking sind Blutungen beschrieben worden; Letzterer hatte sogar in einem solchen Falle den Faden kurz nach der Operation wegen einer »uterinen Blutung« wieder entfernt[5].

Ob übrigens die Entfernung des Fadens bei jeder während der Operation entstehenden starken Blutung geboten ist, scheint mir fraglich; — sicher ist der Fall nicht ausgeschlossen, dass ein dicht unter dem Peritoneum verlaufendes, bei der Operation verletztes Blutgefäß gerade nach Entfernung des Fadens in die Bauchhöhle hinein bluten könnte, was durch festes Anziehen des Fadens resp. durch die hierdurch bedingte Kompression seitens des Uterus und vorderer Vaginalwand auf die blutende Stelle vielleicht verhütet werden könnte.

Die Operation ist verhältnismäßig leicht auszuführen, indessen scheinen mir die Gefahren derselben doch sehr unterschätzt zu werden. Zweifellos können bei der Operation Verletzungen der Blase, des Darmes, Anstechen größerer Blutgefäße und dergleichen üble Zufälle vorkommen. Ganz besonders häufig dürften meiner Ansicht nach Verletzungen der Blase zu erwarten sein; so war in dem Fall III wahrscheinlich die Blase durchstochen und hierdurch die Bildung des Blasensteines bedingt worden, indem sich an dem in der Blase verlaufenden Faden Harnsalze angelagert hatten. Ob derartige Blasenverletzungen immer günstig verlaufen, scheint sehr fraglich zu sein, bis jetzt ist allerdings ein übler Ausgang nicht bekannt geworden.

Die Entstehung von Darmverletzungen ist ebenfalls nicht ausgeschlossen, jedenfalls aber dann sicher zu erwarten, wenn die vordere Uteruswand mit Darmschlingen verlöthet ist. Ich halte eine eventuelle Darmverletzung keineswegs für ein ungefährliches Ereignis, wie anderwärts angegeben wird[6]; auch glaube ich nicht, dass nachträgliche Entfernung des Fadens die üblen Zufälle abzuwenden vermag, welche nach Durchtritt selbst geringer Mengen von Koth in die Bauchhöhle zu entstehen pflegen, um so mehr, als Stichöffnungen des Darmes, — wie mich Versuche an der Leiche lehrten, — beim Anziehen und Knoten des Fadens noch einreißen können.

Indessen scheinen mir Darmverletzungen sicher vermieden werden zu können bei Anwendung folgender Kautelen:

Vor Allem ist es unerlässlich, dass vor der Operation der Uterus von etwaigen Fixationen sorgfältigst — nach bekannten Grundsätzen — befreit wird. Als ziemlich sicheres Kriterium für eine genügende Beweglichkeit des Uterus lässt sich folgende Manipulation verwenden: Bringt man nämlich in Steißrückenlage der Pat. den Uterus bimanuell in Anteflexions-Anteversionsstellung, so darf letzterer nach Entfernung der ihn stützenden Finger seine Lage nicht sofort wieder verändern; ein Uterus, welcher nach der Reponirung sofort wieder in seine falsche Lage zurücksinkt, ist fast stets noch fixirt. Um sodann ganz sicher zu sein, dass keine Darmschlingen an der vorderen Uteruswand adhärent sind, bringt man die Pat. in Trendelenburg'sche Lage[7] (es genügt meinen Versuchen nach das Becken eine halbe Minute lang hoch zu heben); falls auch hierbei der Uterus seine Lage — wenn auch nur kurze Zeit, — behauptet, ist die Eventualität einer derartigen Adhärenz mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen, da adhärente Darmschlingen beim nach unten Sinken sofort den Uterus wieder verlagern würden. Nur in dem Falle, wo ein großer Theil der Intestina im Becken fixirt wäre, würde dies Kriterium im Stiche lassen können.

Vor der Operation bringt man auf analoge Weise den Darm nach oben und lässt denselben durch einen Assistenten passend fixiren.

---

[4] Thiem, Erfahrungen über die vaginale Ligatur etc. p. 11.

[5] Tampke, Zwei Fälle von Retroflexio uteri etc. Centralblatt für Gynäkologie 1890. No. 8.

[6] Medicinische Neuigkeiten 1889. No. 1. p. 6. (Aus den Protokollen der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, September 1888.)

[7] Volkmann, Sammlung klin. Vorträge No. 355.

1) Boldt. Intermediäre Trachelorrhaphie.

(Sonderabdr. aus den Transact. of the Amer. gynecolog. soc. 1889. September. p. 16.)

Überzeugt von der weittragenden Bedeutung der Cervixrisse, räth B., ihre Beseitigung anzustreben, ehe sich schwere Folgezustände derselben entwickelt haben. Etwa 4—6 Wochen nach der Entbindung sollte jede Wöchnerin genau auf das Vorhandensein dieser Risse untersucht werden, und findet sich ein solcher, so muss man ihn sogleich operiren. In diesem Stadium ist eine eigentliche Anfrischung nach Emmet noch gar nicht nöthig, es genügt, mit einem eigens dazu von ihm ersonnenen dreieckigen Schaber oder einem schmalen Messer abzukratzen, wobei die tiefsten Stellen und Winkel des Risses besonders zu berücksichtigen sind, dann folgt die Naht mit Katgut oder Silberdraht. **Lühe** (Königsberg).

---

2) Nell Macphatter. Frühzeitiger diagnostischer Bauchschnitt.

(Med. record 1890. März 1. p. 236.)

Es giebt eine ganze Zahl versteckter Leiden der Beckenorgane, welche ohne Eröffnung der Bauchhöhle überhaupt nicht erkannt werden können. Selbst die Natur großer Geschwülste, weiche Myome, Ovarienkystome, Parovariencysten, kann oft nicht sicher ohne solche festgestellt werden. Die Differentialdiagnose zwischen ektopischer Schwangerschaft und Pyosalpinx ist vor dem Platzen des Sackes fast stets unmöglich, auch droht in beiden Zuständen von diesem Platzen die gleiche Gefahr, folglich ist hier auch ein frühzeitiger Bauchschnitt dem Abwarten vorzuziehen. Oft kann trotz lang bestandener heftiger Beschwerden, welche das Leben unerträglich machen, keinerlei Geschwulst entdeckt werden; es liegt hier zuweilen eine chronisch entzündliche Erkrankung der Eierstöcke nach Infektionskrankheiten vor. Verf. bringt ein Beispiel einer solchen bei, welche nach Scharlach entstanden war und zu Skirrhose geführt hatte, der Bauchschnitt und die Kastration bewirkten Heilung. Außerordentlich häufig sind allerlei adhäsiv entzündliche Processe in der Gegend des Uterus, welche sehr oft die Eierstöcke und Eileiter mit umfassen. In einem solchen operirten Fall fanden sich z. B. ausgedehnte Verwachsungen aller Beckenorgane und in den Eileitern Verstopfung derselben durch kalkige Konkremente. Veranlassung zu heftigem Leiden geben auch diejenigen Zustände, welche man als Uterus infantilis bezeichnet, und welche nur durch Bauchschnitt festzustellen und durch Entfernung der Gebärmutteranhänge zu heilen sind.

Trotz seines Drängens zur Operation bei solchen unerkennbaren Zuständen, die zu tiefem Leiden führen, verwahrt sich M. doch sehr gegen die Unterstellung, als wolle er stets bei jedem andauernden Schmerz zum Messer greifen. **Lühe** (Königsberg).

---

3) **Piskaček** (Wien). Die Indikationsstellung des Kaiserschnittes nebst kasuistischen Beiträgen zur Porro'schen und Sänger'schen Kaiserschnittmethode.

(Sep.-Abdr. aus der Wiener klin. Wochenschrift 1889.)

Verf. findet, dass trotz der nach allen Richtungen hin statistisch und kritisch ventilirten Kaiserschnittfragen immer noch einzelne Punkte genauer zu erörtern seien:

1) Namentlich das Verhalten bei absolut verengten Becken, und hier tritt er für die Porro-Operation ein, und zwar nicht allein wegen der Gefahr eines erneuten Kaiserschnitts bei wiederholter Gravidität nach konservativer Sectio caesarea, sondern auch wegen der drohenden Uterusruptur, welche immer zu befürchten ist, wenn der erneute Kaiserschnitt nicht bald nach Eintritt der Wehen ausgeführt wird. (Dieser Einwurf bedarf noch sehr der Bestätigung. Ref.)

2) Bei platten Becken von mindestens $7^1/_2$ und allgemein verengten bis 7 cm Conj. vera kommen weder die Wendung noch die Perforation, noch der konservative Kaiserschnitt in Betracht, wenn zu rechter Zeit die Frühgeburt eingeleitet werden kann.

3) Hat das Becken weniger als 7 cm Conj. vera, so empfiehlt sich nach Einwilligung der Mutter, den Porro auszuführen, damit man bei der nächsten Schwangerschaft nicht wieder vor dieselbe Frage gestellt wird. Erklärt sich die Frau zu einer Zeit, wo noch die Frühgeburt auch ohne Aussicht auf Erhaltung eines lebensfähigen Kindes möglich ist, gegen den Kaiserschnitt, dann muss die erstere eingeleitet werden; das Gleiche gilt vom künstlichen Abort bei absolut verengten Becken.

4) Die Wendung vom Kopf auf den Fuß zur Umgehung der relativen Indikation für den konservativen Kaiserschnitt, einer atypischen Zangenoperation oder der Perforation des lebenden Kindes wird um so seltener Gegenstand einer operativen Beendigung der Geburt sein, je mehr das Princip des Zuwartens hochgehalten wird. Die Wendung soll bei Erstgebärenden überhaupt nie vorgenommen werden, bei Mehrgebärenden nur bei sehr günstigen Bedingungen. Es fehlt bei Wendungen nämlich immer der Gegenbeweis, ob die Geburt mit vorangehendem Kopfe für das Kind nicht eben so günstig verlaufen wäre.

5) Da P. glaubt, dass der Verlust an Kindern in Folge der Perforation durch die Möglichkeit, in der nächsten Gravidität lebende Kinder zu erhalten, so wie durch das Faktum, dass die Cäsarirten nicht leicht koncipiren, im Laufe der Jahre sich ausgleicht, ohne den Verlust an Müttern mitzurechnen, der bei letzterer Operation resultirt, so heißt er den konservativen Kaiserschnitt bei bedingter Anzeige nur dann gut, wenn bei Gegenwart günstiger äußerer Bedingungen für die Vornahme desselben die Gewinnung eines lebenden Kindes per vias naturales auch bei längerem

Zuwarten nicht in Aussicht steht, die Mutter jedoch dringend ein lebendes Kind auch dann noch wünscht, nachdem man sie auf die Gefährlichkeit des Kaiserschnittes aufmerksam gemacht hat. Für die Vornahme des Kaiserschnittes ist P. im Princip nur bei Mehrgebärenden, nachdem die vorausgegangenen Geburten schlechte Resultate für die Kinder ergeben haben. Bei Erstgebärenden käme der konservative Kaiserschnitt nur dann in Frage, wenn schon zu Beginn der Geburt sich Zeichen einer starken Collumdehnung und drohender Uterusruptur eingestellt haben. In allen anderen Fällen hält Verf. auch in Zukunft die Perforation eines lebenden Kindes nicht nur für angezeigt, sondern direkt für eine Pflicht des Geburtshelfers, als Konkurrenzoperation der Perforation des lebenden Kindes würde er übrigens nur die Sänger'sche Methode und nicht den Porro anerkennen.

Im Anschluss werden 5 Kaiserschnitte nach Porro wegen unbedingter und 4 nach konservativer Methode wegen bedingter Anzeige aus der weil. Breisky-schen Klinik gebracht. Bezüglich der Technik der konservativen Methode wird der Vorschlag gemacht, den Bauchschnitt recht hoch oben zu beginnen und nur so weit nach abwärts zu führen, als es zur Vorwälzung des Uterus und zur Nahtanlegung dringend nothwendig ist, um die Möglichkeit zu schaffen, dass der sich verkleinernde Uterus bald aus dem Bereiche der Nahtlinie komme. Zur Naht soll nur Seide verwendet und die Anwendung der elastischen Schlinge so viel als möglich eingeschränkt werden. **Torggler** (Innsbruck).

---

4) **E. Leskine** (Paris). Über die kombinirte Wendung.

Paris, Imprim. de la faculté de méd. St. Joure, 1890.

In der sehr fleißigen, die einschlägige französische, englische wie auch deutsche Litteratur genau berücksichtigenden Arbeit L.'s wird die kombinirte Wendung nicht nur als Ersatz für die innere bei Schulterlagen empfohlen, sondern auch unter Umständen zur Umwandlung von Gesichts- oder Stirnlagen, oder von Steißlagen in Beckenend- bezw. Schädellagen; ferner bei Nabelschnurvorfall, Placenta praevia und bei künstlicher Frühgeburt, hier im Gegensatz zu Fehling, der sie bei Primiparen für kontraindicirt hält, sowohl bei diesen wie bei Multiparen.

Bei engem Becken und durch Cervixcarcinom komplicirten Geburten verwirft L. die kombinirte Wendung. **Graefe** (Halle a/S.).

---

5) **W. Wotkyns Seymour.** Die Nothwendigkeit, 3 Ebenen im geburtshilflichen Becken anzuerkennen.

(Sonderabdruck aus den Transactions of the Amer. assoc. of obstetr. and gynecolog., 1889. September.)

Die hier niedergelegten Anschauungen sind von dem Vater des Verf., Prof. am Albany College, schon seit 1870 ausgearbeitet worden und sind anzusehen als eine Erweiterung der Lehren Hodge's. Bisher habe man nur 2 Ebenen und dem entsprechend 2 auf ihnen senkrecht stehende Achsen für die Vorwärtsbewegung des Kindskopfes angenommen, nämlich die Ebene des Beckeneingangs

und die des Beckenausgangs. Die letztere schneidet im Winkel von etwa 50° die erstere und ist durch den geraden Durchmesser des Beckenausgangs gelegt, wie die erstere durch den geraden Durchmesser des Beckeneingangs. Jedoch ist der knöcherne Beckenausgang keineswegs der wirkliche Ausgang für den Kopf, welcher sich vielmehr in der untersten Schicht der Weichtheile des Dammes befindet. Diese Ebene ist zu konstruiren, indem man sie sich durch den Schambogen gelegt denkt; Verf. nennt sie daher die Ebene des Schambogens, und die am unteren Ende derselben (dargestellt durch die queren Dammmuskeln) senkrecht errichtete Linie die Achse der Ebene des Schambogens. Diese Achse bildet mit der Achse des knöchernen Beckenausgangs einen Winkel von 130°, eben so wie diese wieder mit der Achse des Beckeneingangs. Im Ganzen wird somit für das Absteigen des Kindskopfes eine zweimal in einem Winkel von 130° gebrochene Achse konstruirt, in der Mitte, in der Ebene des knöchernen Beckenausgangs findet die Drehung des Kopfes statt, daher von S. auch Rotationsebene genannt. Der Abstand der Achse der Schambogenebene von der Spitze des Schambogens selbst wird im Rechnungswege auf 1,95 Zoll, etwa 4,70 cm, festgestellt.

Wenn daher Hodge 5 Abschnitte in dem 2. Stadium der Geburt unterscheidet, so nimmt S. deren 6 an: 1) Durchtritt des Kopfes durch die Ebene des Beckeneingangs und den Muttermund, 2) Absteigen durch den Beckenkanal bis zur Drehungsebene, 3) Durchtritt durch die Drehungsebene, 4) durch die Schambogenebene, 5) durch das Ostium vaginae, 6) Entwicklung des Kindskörpers bei Kopflagen oder des Kopfes bei Beckenendlagen.

Während der Drehung des Kopfes findet ein Zurückweichen des Steißbeins statt, und soll nun die Hinterhauptsebene des Kopfes in vollem Synclitismus mit der Rotationsebene sich befinden. Dann hat dieselbe noch die 50° zwischen Rotations- und Schambogenebene zurückzulegen, ehe sie in Synclitismus mit der letzteren steht.

Die Nothwendigkeit der Biegung der Zange von 130° wird durch diese Darstellung einleuchtend, falls ihre Blätter sich dicht an die Seiten des Kopfes anlegen sollen. **Lühe** (Königsberg).

---

6) **A. Raciborski.** Über Emmenagoga.

(Med. age 1890. No. 6.)

R. giebt die unsichere Wirkung der sog. Emmenagoga zu. Er unterscheidet 3 Arten derselben, erstens solche Mittel, welche im Allgemeinen excitirend wirken; sie führen manchmal die Menses herbei, wenn es sich um eine Verzögerung des letzten Aktes der Ovulation handelt. Eine Vermehrung der Körperwärme, eine Beschleunigung der Cirkulation soll dann die bereits blutüberfüllten Kapillaren zum Bersten bringen. Eisen und Arsenik werden für Amenorrhoe in Folge von Anämie empfohlen. Als eine weitere Klasse

von Emmenagogis führt R. solche Mittel an, welche einen erwiesenen Einfluss auf den Uterus, die Blase, das Rectum haben: Sabina, Folia Rutae, Aloë, Canthariden etc. Er nimmt an, dass diese auch direkt auf das Ovarium wirken, die Ausstoßung des Eies befördern und dadurch die menstruelle Blutung herbeiführen. Eine dritte Reihe wirkt in gleicher Weise. Hierher gehören Ergotin, Apium Petrosel. Mit Nux vomica und Strychnin räth R. neue Versuche anzustellen. Er vermuthet, dass das eine wie das andere auf die im Ovarium enthaltenen glatten Muskelfasern kontraktionserregend wirkt und so die Lösung des Eies befördert. Schließlich empfiehlt er die Anwendung der Elektricität als Emmenagogum. **Graefe** (Halle a/S.).

---

7) **Heywood Smith.** Das geneigte Bett in der Gynäkologie.

(Provinc. med. journ. 1890. April 1. p. 214.)

Für einzelne Frauenkrankheiten empfiehlt sich zur Entlastung des Druckes des Uterus nach hinten und unten die Lagerung auf einem Bett, dessen Fußende hoch gestellt ist, ohne dass dabei der Oberkörper durch Kissen wieder höher gelagert wird. Hierher gehören Uterusfibroide und Myome, Vorfall und Vergrößerung der Eierstöcke, Retroflexio uteri gravidi. Endlich ist auch wohl ein Versuch zu machen, ob nicht auch bei ektopischer Schwangerschaft, falls sie früh genug erkannt wird, ein Nutzen damit zu schaffen ist, indem durch die Verminderung des auf dem Eisack lastenden Druckes das Bersten desselben verhindert wird. **Lühe** (Königsberg).

Kasuistik.

8) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in St. Petersburg.

Sitzung am 16. November 1889.

Vorsitzender: Tarnowsky; Sekretär: Smolsky.

W. J. Massen, Zusätze zu seinem Vortrage über »Elektrische Behandlung in der Gynäkologie«. 1) Beschreibung einer Elektrode mit kugeligem Ende, die zur Behandlung pathologischer Processe der Umgebung des Uterus in die Scheidengewölbe angesetzt werden soll. Dadurch werden die Nachtheile der Einführung einer Elektrode in den Uterus vermieden. Zur Schmerzstillung wird die Anode gewählt, wenn katalytische Wirkung erwünscht ist — die Kathode. Die Pat. ertragen hierbei leicht 70—80 Milliampères, Verbrennungen der Vagina kommen nicht vor. 2) Die wohlthätige Wirkung des konstanten Stromes erklärte schon Remak durch seine Einwirkung auf den Resorptionsprocess, auf die Bewegung der Gewebsflüssigkeiten und auf die trophischen Nerven. In der Gynäkologie muss die Katalyse also schon darum eine wichtige Rolle spielen, weil man es hier mit Organen zu thun hat, die reich sind an Lymph- und Blutgefäßen und großen Geflechten des sympathischen Nervensystems. Aber die intra-uterine Galvanokaustik ist auch ein antiseptisches Mittel, vgl. die Arbeiten von Cohn und Mendelsohn, von Apostoli und Lagnierrière, von Solowjew. Insbesondere zeichnet sich darin der positive Pol aus, wobei sowohl Säure- als Wärmebildung mitwirken können. Es würde also auch in Fällen, wo die Kathode nöthig erscheint, zweckmäßig sein, zuerst kurze Zeit, etwa 2 Minuten, die Anode wirken zu lassen. — 3) Auch bei Anwendung großer Lehmkuchen, als indifferenter Pole, klagen die Pat. über Wärme und bei großer Stromstärke über Brennen, wie von einem Sinapismus, namentlich bei Applikation der Kathode auf den Leib. Diese

Hautreisung darf nicht übersehen werden und ist in die Reihe der ableitenden Mittel zu stellen.

Sitzung am 14. December 1889.

Vorsitzender: Slawiansky; Sekretär Smolsky.

1) S. D. Michnow (Gast) demonstrirt einen Fall von Osteomalacie. Pat. ist 18 Jahre alt, unverheirathet, seit 2 Jahren menstruirt, aber unregelmäßig und schwach. Vor 2 Jahren fing sie an zu leiden an Schmerzen im Becken und Kreuz, Schwäche der Beine, Verdauungsstörungen; gleichzeitig bildete sich Verkrümmung der Kniee. Keine Zeichen von Rachitis. Genu valgum beiderseits, links stärker. Lordose der Lendenwirbel, Skoliose der Rückenwirbel nach links. Schoßfuge schnabelförmig, absteigende Schoßbeinäste parallel und so nahe an einander, dass ein Finger nicht hineinpasst. Promontorium ins Becken und nach unten gedrückt. Kreuzbein zwischen 2. und 3. Wirbel winkelig geknickt. Umfang des Beckens 76, D. Sp. 21, Cr. 23, Troch. 24, Sp. post. sup. 8, Steißbeinspitze bis zum unteren Rande der Symphyse 9½, Sitzbeinhöcker 4½, Conj. ext. 16, kleinster gerader Durchmesser 5½ cm Körpertemperatur stets normal. — Interessant ist das Auftreten der Krankheit bei einem jungen Mädchen und gleichzeitig mit dem Eintritt der Geschlechtsreife.

2) Prokofjewa (Gast), ein Vorfall des oberen Theils der hinteren Vaginalwand. Pat. ist 53 Jahre alt, hat 11mal geboren, zuletzt vor 13 Jahren, Klimax seit 3 Jahren. Im Leibe eine Geschwulst von unbestimmten Kontouren. Aus der Vulva ragt eine birnförmige Geschwulst hervor, die vom hinteren oberen Theil der Scheide ausgeht; Cavum uteri 8 cm lang. Diagnose: Cystoma ovarii, Entero- et Hydrocolpocele vaginalis posterior superior. Die Cyste wird durch Laparotomie entfernt; Tod am 7. Tage an Septikämie. Die Höhle der äußerlichen Geschwulst hängt durch eine Öffnung mit dem Douglas'schen Raum zusammen und enthält ascitische Flüssigkeit; die Wand ist Vaginalwand. Als ein Moment, das den Vorfall begünstigt hat, bezeichnet Pat. den erhöhten intraabdominellen Druck.

Sutugin erinnert an die Arbeit von Freund, der solche Fälle durch angeborene größere Tiefe des Douglas'schen Raumes erklärt, und eine eigene Methode angiebt, um solche sonst unverbesserliche Vorfälle zu operiren.

3) D. O. Ott, ein Fall von Kaiserschnitt nach konservativer Methode. Pat. trat ins klinische Institut mit ganz eröffnetem Muttermunde und abgeflossenem Fruchtwasser; Körperlänge 122, hochgradige Rachitis, Tr. 25,5, Cr. 21,5, Sp. 23,5, Conj. ext. 14,5, Conj. diag. 5,5, Höhe der Symphyse 4,5. Conj. vera geschätzt 4,0, wohl weniger. Ausgetragene, lebende Frucht. Temperatur 37,4, Puls 120. Von der Operation ist zu bemerken, dass wegen möglicherweise stattgehabter Infektion die Decidua ausgeschabt wurde. Ganz normaler Verlauf. Pat. nach 3 Wochen entlassen. Das Kind ist 48 cm lang, 2500 g schwer, hat im Findelhause 6 Wochen zugebracht nnd ist dann aufs Land geschickt worden.

4) D. O. Ott zeigt eine Graviditas extra-uterina tubaria. Die Pat. war von mehreren Ärzten gesehen worden, die Extra-uterin-Schwangerschaft diagnosticirt hatten. Pat. hat 3 normale Geburten überstanden und die Kinder selbst gestillt; letzte Geburt vor 7 Jahren; seitdem ist sie an chronischer Entzündung der Adnexa, besonders rechts, behandelt worden. Menstruation immer regelmäßig, zuletzt vom 5.—9. Juli 1889. Danach vermuthete sie Schwangerschaft, auch die Brüste vergrößerten sich. Anfang Oktober plötzlich heftige Schmerzen im Leibe und Abgang von Blut mit Gerinnseln aus der Scheide, was mehrere Tage dauerte. Ein Arzt hat darauf Schwangerschaft diagnosticirt und Mittel gegen Abort verordnet, hat aber außerdem in der linken Seite einen Tumor gefunden, den er für ein vergrößertes Ovarium ansah. Seitdem sind die Brüste wieder schlaffer geworden, aber zeitweise Schmerzen und Blutabgang dauern fort. Anfang November wird von 2 Ärzten Extra-uterin-Schwangerschaft diagnosticirt und zur Operation gerathen. Am 9. November fand Ott: rechts unten den einer 2½monatlichen Schwangerschaft entsprechenden Uterus, links einen 3mal größeren Tumor, weicher als der Uterus, aber von ungleicher Konsistenz, empfindlich und wenig

beweglich, von der Uteruskante durch eine Furche getrennt; im linken Gewölbe deutliche Pulsation. Ovarien nicht zu finden. — O. glaubte eine intra-uterine Schwangerschaft mit todtem Ovulum neben einer Neubildung des linken Ovarium nicht ausschließen zu können. Darum sollte der Uterus ausgeschabt werden, um die gewonnenen Massen mikroskopisch zu untersuchen. Nach allen Vorbereitungen zu einer etwaigen Laparotomie wurde Pat. am 14. November chloroformirt, wonach sich bei der Untersuchung erwies, dass der linksseitige Tumor sich sehr erheblich verkleinert hatte. Darauf wurde der Uterus mit der Kugelzange gefasst, durch Sondirung die Leerheit der Uterinhöhle konstatirt, der Cervix durch Hegar No. 4—5 dilatirt und ein Stückchen Schleimhaut mit dem scharfen Löffel entfernt. Unterdessen ist die Pat aber erheblich kollabirt, erwacht freilich rasch aus der Narkose, klagt aber weiter über Oppression auf der Brust. Eine Laparotomie wurde nicht gemacht, weil »eigentlich kein Zeichen innerer Blutung vorhanden war, außer dem auffallenden Sinken der Herzthätigkeit«. Am Abend war der Zustand ziemlich befriedigend, aber am Morgen des nächsten Tages starb die Kranke.

Die Sektion ergab eine 4monatliche Tubarschwangerschaft. In der Bauchhöhle eine große Menge frischer Blutgerinnsel. Zwischen den Darmschlingen an der Nabelschnur die ca. 4monatliche Frucht. Der Fruchtsack war wegen vielfacher Verwachsungen mit den Nachbarorganen schwer zu entfernen. — Das Präparat wird demonstrirt.

Diese Mittheilung hat eine Reihe sehr erregter Debatten, wissenschaftlichen sowohl als persönlichen Charakters, zur Folge gehabt.

---

9) Escherich (München). Zur Reform der künstlichen Säuglingsernährung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 40.)

Verf. wünscht, dass vor Allem dahin gearbeitet werden soll, dem Säuglinge keimfreie Milch in beschränkter, mit dem Nahrungsbedürfnisse allmählich aufsteigender Menge und in Einzelportionen, deren Volumen, der Größe des kindlichen Magens entsprechend, stetig zunimmt, zu geben. Da vor der Hand wegen des Preises und der Komplicirtheit des Soxhlet'schen Apparates derselbe nicht Gemeingut der großen Massen werden wird, so sollten doch wenigstens als erster und nothwendigster Schritt zur Besserung nur Saugflaschen verwendet werden, die in Kubikcentimeter oder gleichzeitig auch in Nahrungsvolumina eingetheilt sind.

Torggler (Innsbruck).

10) Terillon (Paris). Exstirpation von Uterusfibromen, eingeschlossen in das Ligamentum latum.

(Bullet. génér. de thérapeutique 1890. No. 22.)

Es handelt sich um eine Abart von Uterusfibromen, die ins Lig. latum eingeschlossen sind; sie verdienen eine besondere Aufmerksamkeit wegen der operativen Schwierigkeit, welche ihre Exstirpation darbieten kann. T. hat einen solchen interessanten Fall der chirurgischen Gesellschaft in Paris mitgetheilt. Eine 37jährige Frau, Mutter von 7 Kindern, war immer gesund gewesen, bis zu ihrem 34. Jahre, der Zeit, in der sich ein Uterusfibrom zu entwickeln begann. Der Tumor nahm bald einen beträchtlichen Umfang an und zur Zeit der Operation betrug der Leibesumfang 160 cm; die Kranke bot ernstliche Störungen in Folge von Darmverschluss, Beschwerden beim Urinlassen, vorübergehend Anurie, kurz einen reichlich beunruhigenden Zustand, so dass ein chirurgischer Eingriff ernstlich in Frage kam. Diese fand am 10. Oktober 1888 statt. Das ins Lig. latum eingeschlossene Fibrom war mit den Ureteren und der Blase verwachsen. Die Abschälung war sehr schwierig, gelang indess und man musste sich auf einen Stiel des Tumors gefasst machen, der tief am Rande des Uterus inserirte, nahe an der Excavatio vesicalis. Der Stiel wurde abgeschnitten und ins Lig. latum versenkt, nach Anlegung von 5 Suturen nach Schröder'scher Methode. Der Tumor hatte ein Gewicht von 19 kg. Mehr als 20 Suturen sicherten die Blutstillung, ein Drain

wurde eingelegt, um den Abfluss von Flüssigkeit zu gestatten, die Bauchhöhle wurde verschlossen mit 17 Nähten von Fil de Florence. Der Verlauf war günstig, die Kranke wurde völlig wiederhergestellt und hat allmählich an Körpergewicht wieder bedeutend zugenommen; von Seiten des Stieles hat sie keine Beschwerden.

K. Ruhemann (Berlin).

11) Wertheimer (Freiburg). Ein Fall von Hyperemesis gravidae.

(Ärztliche Mittheilungen aus und für Baden 1890. No. 1.)

W. berichtet von einer 33jährigen VIIIpara, bei welcher schon zweimal im 3. resp. 4. Monat wegen starken Erbrechens die Schwangerschaft unterbrochen werden musste. 14 Tage nach der Konception erkrankte sie diesmal wieder an dem alten Übel und kam, da sie keine Nahrung bei sich behielt, sehr von Kräften. Belladonna, Morphium beeinflussten das Erbrechen gar nicht, Bromkali wenig. Am 12. Tage der Behandlung ordinirte W. folgende Solution: Natr. bicarbon. 3,0, Natr. brom., Kal. brom. aa 2,0, Ammon. brom. 1,0, Aq. destill. 120,0 Syr. cort. 30,0 W.D.S. 2stdl. 1 Esslöffel voll. Das Erbrechen hörte unter Zunahme des Kräftezustandes auf; die Gravidität hat den 5. Monat passirt, ohne dass dasselbe wieder aufgetreten.

K. Ruhemann (Berlin).

12) Wathen. Behandlung der ektopischen Schwangerschaft.

(New York med. journ. 1890. März 15. p. 288.)

Bei einer schon seit 12 Jahren verheiratheten Frau fand W. sich veranlasst, ektopische Schwangerschaft im 3. Monat in der rechten Seite anzunehmen, und schritt wegen heftiger Beschwerden in den Beckenorganen zum Bauchschnitt. Ein Eisack fand sich auch in den Falten des rechten breiten Mutterbandes, der Sack war fest mit der Gebärmutter, der Douglas'schen Falte und der Beckenwandung verwachsen. Auch der bis zu 5 Zoll Länge vergrößerte Uterus war mit der Bauchwand und mit einer 7 Zoll langen Dünndarmschlinge fest verwachsen. Lösung der Verwachsungen, Wegnahme der Frucht und Placenta, dann Ausschälung des Sackes, Drainage. Nach etwa 4 Wochen trat noch eine Hämatocele im linken breiten Mutterband ein, welche sich in den Douglas'schen Raum erstreckte, vereiterte und in den Mastdarm durchbrach. Schließlich Genesung. Innerhalb 6 Monaten hatte W. außer diesem noch einen zweiten ähnlichen Fall operirt, beide Mal lag rechtsseitige Tubenschwangerschaft vor, der Sack war beide Mal in das breite Mutterband durchgebrochen, dort aber noch weiter gewachsen.

Lühe (Königsberg).

13) Smital (Graz). Über einen Fall von Hydrocele feminina.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 42—44.)

Zu der Gesammtzahl von 41 beobachteten weiblichen »Wasserbrüchen« bringt Verf. aus der chirurgischen Klinik in Graz einen neuen Fall: eine 36jährige Magd bemerkt seit 6 Jahren, dass sich bei schwerer Arbeit in der rechten Inguinalgegend ein kleines Knöpfchen vordränge, das seitdem langsam bis zu Nussgröße heranwuchs. Entzündungserscheinungen waren nie vorhanden; Repositionsversuche blieben immer resultatlos. Im Februar 1889 normale erste Geburt, seit dort nimmt die Geschwulst zu und erreicht die Größe eines Gänseeies. Am 28. Juni trat bei schwerer Arbeit ein kleines Knötchen in der linken Inguinalgegend auf, bald darauf Incarcerationserscheinungen. Reposition gelingt erst nach Stunden im Krankenhaus. Hernach folgender Stat. praes.: im oberen Theile des rechten großen Labiums eine gänseeigroße, weiche, elastische Geschwulst, unten etwas breiter als oben, die Längsachse des Tumors gegen den Leistenkanal gerichtet, Reposition derselben unmöglich. Leerer Perkussionsschall. Husten bewirkt kein Hervortreten der Geschwulst. Prof. Wölfler macht einen 12 cm langen Schnitt über die Höhe der Geschwulst bis auf dieselbe und löst die Cyste, welche an der hinteren und inneren Fläche mit dem Ligamentum rotundum, das sich peripher in das große Labium verliert, zusammenhängt, aus der Umgebung los. Der Stiel der Cyste dringt in den Kanal ein. Abbindung desselben und Abtragung der Cyste. An dem Stiel bemerkt man nur, dass das Peritoneum mit einem handschuhfingerför-

migen Fortsatz in den Stiel hineinragt. Drainage mit Jodoformgazestreifen, fortlaufende Hautnaht, prima intentio.

Die Cyste ist 6 cm lang, hat glatte Wandungen in den unteren Partien, sonst von mehreren Trabekeln durchzogen, gegen den Fortsatz im Stiele ist sie durch zarte Membranen vollkommen abgeschlossen. Die Cystenflüssigkeit (25 ccm) ist klar, serös, neutral reagirend, 1015 spec. Gewicht und enthält 3,5% Eiweiß, Mucin.

Hinsichtlich der Differentialdiagnose zwischen einer entzündeten Hydrocele feminina und einer incarcerirten Hernie weist S. für schwere Fälle auf die beiden einzigen Anhaltspunkte hin: 1) die Gestalt, indem dieselbe beinahe immer unten breiter, gegen den Leistenring aber beträchtlich schmaler sei, und 2) die Durchgängigkeit des Darmkanales bei gleichzeitigem Vorhandensein von Erscheinungen einer lokalen Peritonitis. Was die Therapie anbelangt, so könnten prophylaktisch bei reponirbaren Wasserbrüchen jugendlicher Individuen Bruchbänder getragen werden. Operation erst bei auftretenden Beschwerden. Ausgeführt wurden die einfache Punktion, die Punktion mit Jodinjektion, die Incision und die Exstirpation, welche letztere nach den heutigen Erfahrungen als Normalmethode hinzustellen ist, die nur bei ausgedehnten Verwachsungen mit der Umgebung durch die Spaltung des Sackes und offene Behandlung der Höhle zu ersetzen wäre

Torggler (Innsbruck).

14) **E. Müller** (Straßburg). **Plötzlicher Tod durch Eindringen von Milch in die Luftwege.**

(Gaz. méd. de Straßburg 1889. No. 4. p. 45.)

Ein Kind von 5 Monaten bekam beim Herumtragen kurz nach dem Saugen etwas von regurgitirter Milch in die Trachea und ging asphyktisch zu Grunde. Um solchen Zufällen vorzubeugen, räth der Verf., jedes Mal nach dem Saugen die Kinder ungefähr 2 Stunden lang ruhig liegen zu lassen.

Sack (Langensteinbach).

15) **Liebmann** (Budapest). **Vollständiger Mangel der inneren Genitalien; Lipom an der linken Inguinalregion.**

(Budapesti kir. Orvosegyesület 1890. Mai 10.)

Bei einer 45jährigen Frau entstand vor einem Jahre in der linken Inguinalgegend eine Geschwulst, die gegenwärtig faustgroß, elastisch, unempfindlich ist und gegen die Schenkel zu ausstrahlende Schmerzen verursacht. Die Ärzte hatten dieses Lipom für eine Hernie angesprochen. Bei näherer Untersuchung der betreffenden Frau wurde der Mangel des Introitus vaginae, also vollständige Atresie der Vagina, und bei rectaler Untersuchung auch vollständiger Mangel der inneren Genitalien: des Uterus und der Ovarien, konstatirt, von denen auch nicht das kleinste Rudiment fühlbar war. Die äußeren Genitalien waren schwach, doch nicht atrophisch entwickelt; die Brüste waren vollkommen normal. Pat. war nie menstruirt worden und hatte auch nie an Molimina menstr. gelitten. Sie heirathete mit 27 Jahren einen 60jährigen Wittwer und hatte von ihrem Zustande nicht die geringste Ahnung.

Temesvary (Budapest).

16) **Cserey** (Szeged). **Behandlung einer Ovarialcyste durch Elektrolyse.**

(Gyógyàszat 1890. No. 18.)

Verf. publicirt einen durch eine einmalige Galvanopunktur gebesserten Fall von Ovarialcyste. Er meint, dass die Galvanopunktur wenigstens dazu berufen ist, die sogenannten Probepunktionen zu verdrängen. (Was übrigens durch die Laparotomie schon längst geschehen ist. Ref.)

Temesvary (Budapest).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS'N.

Centralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Breslau.

Vierzehnter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 52. Sonnabend, den 27. December. **1890.**

Inhalt: I. **Betz**, Federndes Plattenspeculum. — II. **Vierow**, Zur mechanischen Behandlung der Dysmenorrhoe bei Anteflexio uteri nach Thure Brandt. (Original-Mittheilungen.)

1) **Pozzi**, Myomschwangerschaft. — 2) **de Grandmaison**, Metritis. — 3) **Pichevin**, Endometritis. — 4) **Merz**, Chinin und Schwangerschaft. — 5) **Dickinson**, Schlinge. — 6) **Berry Hart**, Beckenboden. — 7) **Goelet**, Beckenhämatom. — 8) **Delmis**, Chlorose. — 9) **Symington**, Anatomie. — 10) **Fournie**, Asepsis.

11) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in St. Petersburg. — 12) **Balls-Headley**, Peritonitis. — 13) **Bársony**, Inversio uteri. — 14) **Malgrier**, Hydrocephalus. — 15) **Frank**, Missbildungen. — 16) **Bottez**, Missbildung des Anus. — 17) **Küstner**, Narbenstenosen. — 18) **Chambers**, Sarkom der Brust. — 19) **Henske**, Retroversio et incarceratio uteri gravidi. — 20) **Howard Kelley**, Hysterorrhaphie. — 21) **Riedinger**, Nebenhornschwangerschaft. — 22) **v. Mars**, Schräges Becken.

I. Federndes Plattenspeculum.

Von
Dr. **Odo Betz** (Heilbronn).

In der Privatpraxis scheitert die Anwendung der plattenförmigen Specula zu Untersuchungen und Operationen häufig an mangelnder oder nicht eingeübter Assistenz. Die selbsthaltenden Specula haben meist einen kostspieligen und komplicirten Mechanismus. Bei einigen liegt er im Gesichtsfeld zum Theil und ist dem freien Operiren hinderlich, häufig ist das Instrument voluminös, nur auf dem Untersuchungsstuhl zu gebrauchen und schwer in der gynäkologischen Instrumententasche unterzubringen. Ich habe, um meine Simon'schen Specula auch ohne Assistenz gebrauchen zu können, mir umstehend abgebildetes Instrument machen lassen und bin mit dessen Leistungen wohl zufrieden. Es besteht aus 3 Theilen, einem offenen vernickelten Ring aus gut federndem Stahl, 2 vernickelten Büchsen zum Einstecken, Befestigen der Platten und zum Überschieben auf den federnden Ring. Dadurch wird der offene Ring an einer Stelle geschlossen. Je nachdem die Ringenden mehr oder weniger weit

über einander geschoben werden, kann der Ring einen mehr oder weniger großen Durchmesser von 10—14 cm bekommen. Sind nun die Platten eingesteckt und befestigt, so werden sie durch Zusammendrücken einander genähert und dann in schrägen Durchmesser in die Vagina eingeschoben. Beim Loslassen weichen durch die Federkraft des Stahlringes die Platten aus einander und gewähren freien Einblick in die Scheide. Die Vaginalportion wird sodann wie in dem von der Assistenz gehaltenen Simon'schen Speculum eingestellt. Der erweiternde Mechanismus liegt außerhalb des Gesichtsfeldes und hindert an keiner weiteren Manipulation. In situ kann der Ring leicht und ohne Schmerzen um seine Achse gedreht werden. Presst die Pat. stark oder soll der Uterus herabgezogen werden, so wird der Ring von einer Hand der Pat. festgehalten oder von einem Finger der Hand, die die Portio an der Zange hält. Jede Simon'sche Platte kann benutzt werden zum Einstecken in die Büchsen.

1/2 natürl. Größe.

Aus dem Gesagten lassen sich die Indikationen zur Anwendung des Instrumentes in der Gynäkologie (besonders Sprechstunde, Landpraxis) und Geburtshilfe leicht ableiten. Auskratzung und Ausspülung der Gebärmutter, Tamponade des Uterus und der Scheide, Abortbehandlung werden durch dieses Instrument bedeutend erleichtert. Die Reinigung geschieht einfach durch Auskochen. P. Henger in Stuttgart hat die Anfertigung dieses Instruments übernommen. Es kostet 10 ℳ 50 ₰. Falls ein Dorn der Platten nicht in die Büchse passen sollte, genügt die Einsendung der Platten, ohne dass sie für den Handgriff später verdorben würden.

II. Zur mechanischen Behandlung der Dysmenorrhoe bei Anteflexio uteri nach Thure Brandt.

Von

Dr. Vierow in Stettin.

Über das Verfahren Thure Brandt's bei der Behandlung einer Reihe von Frauenkrankheiten ist in den letzten Jahren eine erhebliche Anzahl von Arbeiten erschienen, welche dasselbe einem großen Theil der praktischen Ärzte — ob mit besonderem Vortheil für die Methode selbst muss die Zukunft lehren — zugänglich gemacht haben. Über die Behandlung obenstehender, Dank unserer modernen Erziehung bei jungen Mädchen, heute leider nicht seltenen Anomalie, habe ich in den mir bisher bekannt gewordenen Arbeiten nichts gefunden. Thure Brandt bespricht die Behandlung dieser Erkrankung

in seinem bekannten Buche auf p. 48 u. 49 und möchte ich durch die Mittheilung der folgenden 8 nach seiner Methode behandelten Fälle die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf dieselbe lenken.

Um Wiederholungen zu vermeiden, will ich hier das von mir befolgte und bewährte Recept in Kürze beschreiben. Nach gründlicher bimanueller Untersuchung des Falles, bei Virgines per rectum, bei Frauen durch die Scheide, werden zunächst durch die gewöhnliche bimanuelle Massage etwaige Reste von Entzündungen entfernt. Hierauf (in den meisten Fällen nach 8 Tagen) beginne ich mit der eigentlichen Behandlung der Dysmenorrhoe.

Die Pat. macht, die Hände in die Hüften gestützt, mit zusammengestellten Hacken, die Fußspitzen nach außen, zunächst eine Reihe von kräftigen, allmählich an Zahl steigenden Kniebeugungen bis zur vollständigen Hockstellung. Dieselben müssen zuerst mit Unterstützung des Arztes gemacht werden, weil manche Pat. beim Versuche, diese ungewohnte Bewegung auszuführen, straucheln. Ich lasse unter langsamer Steigerung der Anforderungen diese Anfangs ermüdende Bewegung bis zu 20mal je 2mal des Tages vornehmen. — Hierauf legt sich Pat. mit etwas erhöhtem Oberkörper auf ein gewöhnliches niedriges Massagelager, ich ergreife neben ihr stehend das mir nächstliegende Bein mit beiden Händen am rechtwinklig gebeugten Unterschenkel und führe mit ihm unter gleichzeitiger Beugung und Abduktion einige kräftige Rotationsbewegungen und hierauf einige Streck- und Beugebewegungen im Hüftgelenk aus. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Rotationen bei abducirtem Oberschenkel nach außen und nicht über die Medianebene geführt werden, damit nicht Reizungen der äußeren Geschlechtstheile eintreten. Zugleich beginne man nicht eher mit ihnen, bevor nicht die Pat. die Muskulatur des Oberschenkels völlig erschlafft hat, weil sonst leicht Zerrungen derselben eintreten könnten. Diese Bewegung, die ich übrigens, da sie bei sehr kräftigen und großen Frauen für den Masseur recht ermüdend ist, nur in der ersten Zeit unternehme, wird hierauf auf der anderen Seite wiederholt. Hierauf legt Pat. das eine Bein gestreckt auf das andere und führt, indem ich durch Auflegen meiner Hände dieselben fixire, mit der Spitze des obenaufliegenden Fußes einige Zirkeldrehungen im Fußgelenke aus. Dasselbe geschieht vice versa auf der anderen Seite. Schließlich nehme ich, während die Pat. in stark vornüber geneigter Stellung das ganze Gewicht ihres Körpers auf eine senkrechte Wand stützt, eine energische Rückenhackung und eine Kreuzbein-Lendenklopfung vor. Diese Bewegungen, die übrigens ohne irgend welche Entblößung der Pat. gegeben werden können, werden, wenn sie auch Anfangs etwas ermüden, bald sehr gut ertragen und führen, wie die folgenden Krankengeschichten beweisen, oft ganz auffallend schnell zur Beseitigung des Leidens. Wie ich bereits erwähnte, ist aber die Vorbedingung für diese Gymnastik das vollständige Fehlen irgend welcher Reste von Entzündungen im Becken; ich habe desshalb, wo auch nur eine

geringe Schmerzhaftigkeit auf Druck von Seiten der Gebärmutter oder deren Adnexen vorhanden war, stets die vollständige Beseitigung derselben vor der Behandlung der Dysmenorrhoe vorgenommen.

Schon als Assistent der Königl. Frauenklinik zu Greifswald, als welcher ich vor 3 Jahren durch meinen Freund Alfred Resch mit der Methode bekannt wurde, habe ich mehrere auffallend schnelle Erfolge derselben gesehen. Meine eigenen seit etwa $1^1/_2$ Jahren hier in Stettin beobachteten 8 Fälle betreffen 4 Virgines und 4 bereits seit längerer Zeit steril verheirathete Frauen. Die Methode hat mich nur in einem Falle — hier allerdings vollständig — im Stiche gelassen, während sie in sämmtlichen anderen von günstigem Erfolg begleitet war. Ich gebe hier die kurzen Auszüge der Krankengeschichten:

1) Bertha K. — 19 Jahre, Dienstmagd aus Sydowsaue bei St., war als Kind gesund, hat noch niemals menstruirt und seit dem vorigen Jahre alle 4 Wochen eine vikariirende Blutung aus der Nase mit heftigem Kopfschmerz, Wallungen, Kreuzschmerzen gehabt. Pat. klagt zu dieser Zeit über Kälte in den Extremitäten und große Mattigkeit, so dass sie während mehrerer Tage bettlägerig ist. Die Beschwerden dauern 5, das Nasenbluten 3 Tage an. Das letzte trat am 1., 2. und 3. April ein. Bei der gesund aussehenden und kräftigen Person bestand eine sehr starke Anteflexion des kleinen, sehr hochstehenden Uterus und eine wohl von den eben beendigten Moliminibus herrührende wässrige Sekretion aus der Scheide. Irgend welche Abnormitäten seitens der Uterusanhänge fehlten.

Die Behandlung begann am 4. April und wurde mit einigen Unterbrechungen bis Ende April fortgesetzt. Am 30. April trat ohne Schmerzen und ohne die früheren Beschwerden eine ziemlich reichliche menstruelle Blutung ein, welche 4 Tage anhielt. Pat. wurde angewiesen, 14 Tage vor der nächsten Menstruation die Übungen wieder zu beginnen. Dieselbe ist normal eingetreten und die früheren Beschwerden nicht wiedergekehrt.

2) Marie S., Rentnertochter aus Alt-Damm, 19 Jahre alt, war als Kind gesund, wurde zunächst mit 15 Jahren unregelmäßig, zuletzt regelmäßig menstruirt. Die Blutung dauerte Anfangs 2, dann 4 Tage, sie ist spärlich mit Stücken vermischt. 1 Tag vor der Regel bekommt Pat. heftige Kreuzschmerzen, Koliken, dann tritt eine spärliche Blutung ein, welche am 3. Tage sistirt und am 4. unter erneuten Beschwerden noch einmal wiederkehrt. Pat. hat dabei eiskalte Hände und Füße und ist so matt, dass sie das Bett hüten muss.

Die Untersuchung der kräftigen Virgo ergiebt eine spitzwinklige Knickung der Gebärmutter, mit langer konischer Portio und für eine gewöhnliche Sonde nicht durchgängigen Muttermund. Entzündliche Veränderungen an den Anhängen fehlten. Obwohl die letzte Menstruation vor 3 Wochen stattgefunden hatte, die nächste mithin binnen 8 Tagen zu erwarten war, begann ich doch sofort mit der Gymnastik. Die Menstruation trat am 18. April ein, die Beschwerden waren bedeutend geringer, Dauer 3 Tage, am 5. nach eintägiger Pause wieder etwas Blut.

Am 25. April begann die Behandlung von Neuem und am 13. Mai 1889 trat die nächste Periode ein. Die Blutung war diesmal reichlich und kontinuirlich, von Beschwerden wurde am 1. Tage ein leichtes Ziehen im Unterleib bemerkt, die Pat. blieb jedoch außerhalb des Bettes. Von da ab hat Pat. zu Hause 14 Tage vor der Menstruation die betreffenden Bewegungen gemacht, zuletzt nicht mehr. Der Erfolg ist bisher ein dauernder geblieben.

3) Katharina G., 30 Jahre, Virgo, aus Wartin bei Casekow, war als Kind gesund, bekam mit 18 Jahren zuerst die Regel, 3—4 Tage lang ohne Schmerzen und regelmäßig bis zum 21. Lebensjahr. In Folge einer Erkältung blieb dieselbe damals fort und Pat. hat seitdem zur Zeit, wenn die Menstruation eintreten soll, die heftigsten Moli-

mina, Schmerzen im Leib, in Arm und Beinen, Erbrechen und Schwindel, so dass sie während 5—8 Tagen vollständig bettlägerig ist.

Befund: Anteflexio uteri, keine Abnormitäten seitens der übrigen Beckenorgane.

Beginn der Behandlung am 17. Juni 1889. Am 4. Juli 1889 Eintritt reichlicher Blutung ohne Beschwerden. Am 3. Tage hört die Blutung unter Eintritt heftiger Unterleibsschmerzen auf und kehrt unter Nachlass der Schmerzen am 4. wieder, um bis zur Mitte des 5. anzuhalten. Am 22.—25. Juli tritt unter Fortsetzung der Gymnastik seitens der Pat. zu Hause die Menstruation von Neuem ein, diesmal ohne jeden Schmerz. Erst am 4. Tage stellt sich leichtes Ziehen im Unterleib ein, doch kann Pat. ihre häusliche Arbeit verrichten. Die Blutung war ziemlich reichlich, zuletzt mit Stücken vermischt. Da die Pat. sehr weit entfernt wohnte, so konnte ich nur selten die Behandlung selbst leiten und blieb dieselbe meist auf Kniebeugungen, Drehbewegungen der Füße und Rückenklopfungen beschränkt.

Am 19. August trat von Neuem die Periode ein, dauerte unter sehr leichtem Unbehagen am 2. Tage 3 Tage lang und konnte außerhalb des Bettes von der Pat. überstanden werden.

4) Friederike F., 21jährige Virgo aus Schievelbein, war in der Jugend kränklich und wurde mit 15 Jahren zuerst menstruirt. Die Blutung war sehr spärlich, es gingen ihr heftige Schmerzen im Unterleib voran. Stücke und Ausfluss fehlten angeblich. Die letzte Menstruation war Ende April 1889, seitdem cessirt sie und statt ihrer treten heftige Kreuzschmerzen, Ziehen im Leib, Ohnmachten, Erbrechen, Kälte der Extremitäten ein. Eisen ist seit längerer Zeit vergeblich gebraucht.

Befund: Anteflexio uteri, keine Komplikationen.

Beginn der Massage am 11. Juli 1889. Bereits nach 2 Sitzungen stellt sich am 14. Juli 1889 die Periode völlig schmerzlos ein. Dieselbe dauert $1^1/_2$ Tag, die Blutung ist noch spärlich. Mitte August stellt sich die Regel, nachdem Pat. die Bewegungen 14 Tage vor dem vermutheten Eintritt derselben begonnen, von Neuem, diesmal reichlich und ebenfalls völlig schmerzlos ein.

5) Frau H., 31 Jahre, Rentnersfrau aus Podejuch bei St., war als Kind gesund und wurde mit 17 Jahren zuerst regelmäßig und ohne Schmerzen menstruirt. Sie ist seit 5 Jahren kinderlos verheirathet und hat seit 4 Jahren heftige Beschwerden während der Menstruation. Dieselbe ist spärlich. Der Befund: Uterus anteflektirt und retroponirt, Anhänge druckempfindlich, ohne dass sich palpable Veränderungen nachweisen lassen. Ausfluss.

Beginn der Bewegungen nach vorheriger erfolgreicher Massage der Anhänge am 3. Januar 1890. Am 14. Januar tritt ohne jeden Schmerz die Regel ein. Blutung spärlich, roth, flüssig, Dauer bis zum 17. Januar. Pat. war während dessen vollständig arbeitsfähig. 14 Tage vor dem nächsten Termin beginnt, nachdem inzwischen eine in Folge von Überanstrengung und Erkältung in den schon früher empfindlichen Anhängen entstandene Entzündung durch Massage beseitigt ist, die Behandlung von Neuem. Die Periode tritt am 11. Februar 1890 wieder ohne Schmerzen in ziemlicher Stärke und mit 3tägiger Dauer ein. Auch die nächstfolgenden Perioden sind ohne Beschwerden eingetreten.

6) Frau W., 30 Jahre, Fabrikarbeitersfrau aus Grabow a. O., war als Kind immer gesund und wurde zuerst zwischen 19 und 20 Jahren menstruirt. Die Periode, immer sehr unregelmäßig und spärlich, verschwand vor 3 Jahren ein ganzes Jahr lang völlig. Nach Jahresfrist spontan zurückgekehrt war sie sehr spärlich und von Schmerzen im Kreuz und Unterleib begleitet. Pat. ist seit 4 Jahren steril verheirathet. Seit über 1 Jahr fehlt die Blutung wieder und an ihrer Stelle stellt sich Blutandrang zum Kopf, kalte Extremitäten, Schwindel ein.

Der Befund ergab bei normaler Scheide eine sehr rudimentäre, kaum über das Niveau der Scheidenschleimhaut erhabene, nur $1^1/_2$ cm im Durchmesser haltende Portio. Der Muttermund ist rund, eng, die Cervix sehr dünn und lang, stark von vorn nach hinten verlaufend. Das Corpus uteri sitzt als kleiner weicher Sack stark anteflektirt an dem oberen Ende der Cervix. Die beiden kaum bohnen-

großen Ovarien sind zu beiden Seiten des Uterus an normaler Stelle zu fühlen; Pat. hat einen ausgeprägt männlichen Typus, die Mammae sind wenig entwickelt, auf der Oberlippe ein deutlicher Flaum.

Die Behandlung begann am 14. Februar 1890. Dieselbe ist aber, obwohl sie täglich bis Ende April vorgenommen wurde, gänzlich ohne Resultat geblieben. Dazu hat sich eine bemerkenswerthe Mattigkeit und Appetitlosigkeit eingestellt, gegen welche ich vergeblich Tonica angewendet habe. Ob dieser negative Erfolg seine Ursache in der rudimentären Anlage der ganzen inneren Genitalien oder in einem tiefgreifenden, noch nicht manifesten Allgemeinleiden hat, das vermag ich zur Zeit nicht zu entscheiden. Es ist bisher der einzige Fall, in welchem die Methode mich im Stiche ließ.

7) Frau F., Besitzersfrau, 21 Jahre, aus Stettin, war als Kind gesund, bekam die Menses mit 14 Jahren und litt seit dem 16. Jahr dabei an Kreuzschmerzen, welche sich seit 1 Jahr erheblich verschlimmerten, theilweise auch außerhalb der Menses auftraten. P. ist seit 3 Jahren steril verheirathet, die Menstruation dauert zur Zeit 3 Tage unter heftigen Kreuzschmerzen und Kälte der Extremitäten bei sehr spärlichem Blutverlust. Vergeblich sind bisher alle möglichen Eisenpräparate genommen worden.

Der Befund ergab eine spitzwinklige Anteflexion des retroponirten Uterus, einen mäßigen Cervicalkatarrh und eine Empfindlichkeit und Resistenz der hinteren Ligamente.

Aus letsterem Grunde hielt ich hier eine vorhergehende Massage der Gebärmutter und Anhänge für geboten, bevor ich zur Vornahme der Bewegungen schritt. Am 14. März 1890 war die Schmerzhaftigkeit verschwunden, die Gebärmutter lag nicht mehr so stark retroponirt. Ich begann nunmehr mit der Gymnastik. Am 20. bis 25. März trat die Periode in mäßiger Stärke unter Kreuzschmerzen und großer Mattigkeit ein. Nach derselben war Pat. schmerzfrei. Ich setzte nun sofort die Behandlung fort. Am 15. April 1890 erschien die Menstruation von Neuem, diesmal ohne Schmerzen, dauerte 4 Tage bei mittelstarker Blutung. Pat. klagte nur über das Gefühl der Schwere im Unterleib, was wohl von der vermehrten Blutfülle der Beckenorgane herrührt. Sie wurde angewiesen, jetzt nur noch 14 Tage vor der nächsten Menstruation Gymnastik zu treiben. Wie sie mir mittheilt, ist die Periode jetzt immer ohne Schmerzen eingetreten.

8) Frau K., 30 Jahre, Fleischermeistersfrau aus Stettin, war als Kind immer gesund, bekam die Menstruation mit 17 Jahren, Anfangs ohne Schmerzen, von 5tägiger Dauer, mittlerer Stärke, mit wenig Stücken und ohne Ausfluss. Im 20. Jahr zog sich Pat. eine starke Erkältung zu und leidet seitdem an Menstruationsbeschwerden, bestehend in heftigen Schmerzen im Kreuz und Leib, Übelkeit und Erbrechen, kalten Extremitäten, dann 3 Tage lang unter zunehmender Mattigkeit ein spärlicher Blutverlust. Pat. ist während dieser Zeit vollkommen bettlägerig. Sie ist seit 3 Jahren steril verheirathet und klagt auch außerhalb der Menstruation über kalte Hände und Füße.

Bei der sehr großen und robusten, frisch aussehenden Frau konnte ich bei bimanueller Untersuchung eine Anteflexion der kleinen Gebärmutter und Druckempfindlichkeit der Anhänge, besonders links konstatiren. Ich begann am 16. März 1890 zunächst die Massage der letsteren und ließ nach 8 Tagen die gymnastischen Bewegungen beginnen. Am 14. Tage fühlte sich Pat. bedeutend wohler, die Kälte in den Extremitäten ist verschwunden. Am 3. April 1890 tritt die Menstruation mit reichlicher Blutung, ohne Schmerzen ein. Sie dauert 5 Tage, das Blut ist flüssig, ohne Stücke. Es besteht keine Übelkeit und nur am 1. Tage fühlt sich Pat. leicht unbehaglich, bleibt jedoch außerhalb des Bettes. Nach 14 Tagen wird die Behandlung wiederholt und bis zur nächsten Periode fortgesetzt. Dieselbe ist in normaler Stärke ohne die geringsten Beschwerden eingetreten. Das Allgemeinbefinden der Pat. hat sich außerordentlich gehoben.

Aus Vorstehendem dürfte einleuchten, dass wir in der methodischen Gymnastik nach Thure Brandt eine stark und prompt wirkende

Handhabe zur Einwirkung auf die Cirkulationsverhältnisse des weiblichen Beckens besitzen. Zugleich dürfte aber daraus hervorgehen, dass eine urtheilslose Anwendung bei ungenauer Untersuchung gelegentlich sehr großen Schaden anrichten kann. Brandt erklärt diese eigenartige und überraschende Wirkung, wie mir scheint in Übereinstimmung mit B. Schultze, in sehr ungezwungener Weise: Die bei den fraglichen Individuen gewöhnlich schlechte Vaskularisation der anteflektirten Gebärmutter lässt zur Zeit der Menstruation nur geringe Blutmengen ins Cavum uteri gleichsam hineinsickern. Hier hat es, ehe es durch seine Menge die Wände der Gebärmutter zur Kontraktion und damit zur Ausstoßung reizt, Zeit zu gerinnen und macht als Gerinnsel in dem verengten und abgeknickten Genitalkanal die Erscheinungen der Menstruationskolik. Sobald indessen durch eine geeignete gymnastische Übung die Cirkulationsverhältnisse sich bessern, die Ernährung der Muskulatur gesteigert, die Zahl und der Querschnitt der Gefäße vergrößert wird, dann rieselt das Blut zur Zeit der Periode in größeren Mengen in das Uterusinnere und wird, ohne ein mechanisches Hindernis zu finden, in flüssigem Zustande entfernt. Daher das Ausbleiben der Schmerzen. Mag man diese Erklärung gelten lassen oder nicht, die Thatsache, dass die Methode in einer Anzahl von Fällen, in welchen man früher durch Dilatationen und Auskratzungen vergeblich zu helfen suchte, ganz entschieden günstig wirkt, bleibt bestehen. Möge sie von den Fachgenossen einer wohlwollenden Prüfung unterworfen werden!

---

1) **S. Pozzi** (Paris). Über Komplikation von Uterusmyomen mit Gravidität.

(Gaz. méd. de Paris 1890. No. 21. p. 241.)

P. übernahm die dankenswerthe Aufgabe, verschiedene Möglichkeiten dieser gefährlichen Komplikation kurz zu besprechen und durch den Hinweis auf die einschlägigen Fälle aus der Litteratur zu beleuchten. Während gestielte subseröse Myome im Allgemeinen den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf wenig stören, verlangen die Beckenfibrome einen operativen Eingriff vor oder während der Entbindung. So werden die Cervixtumoren per vaginam exstirpirt und die Polypen abgeschnitten, oder werden spontan ausgestoßen. Schwieriger gestaltet sich das bei interstitiellen Corpusmyomen. Der schon häufig hervorgerufene artificielle Abort bringt große Gefahren für die Mutter (53 %) und für das Kind (30 % Mortalität). Will man noch radikaler vorgehen, so bleibt, nach Verwerfung des konservativen Kaiserschnittes (Mortalität 84 %), die Wahl zwischen der Myomektomie und der supravaginalen Amputation (hier gleichbedeutend mit Porro) übrig. Da bei der ersteren Operation die Mutter wie das Kind (durch Hämorrhagie, Abort, Septikämie) gleich ernst gefährdet sind, ist die radikalste — die Porro'sche Operation — auch die sicherste. Eine Tabelle veranschaulicht die Resultate verschiedener Operationen.

Sack (Langensteinbach).

2) F. de Grandmaison (Paris). Über Metritis.

(Gaz. des hôpitaux 1890. No. 29.)

Da Verf. Metritis als eine infektiöse Erkrankung, die ihren Ausgangspunkt stets in der Uterusschleimhaut hat, definirt, so nimmt er auch Endometritis und Cervixkatarrh konsequenterweise in die Begriffsbestimmung der Metritis auf. Er kennt nur idiopathische Endometritis, die durch Wochenbett, Abort, Gonorrhöe und Vulvitis entsteht, und sieht in der Anämie und anderen chronischen Zuständen nur ein begünstigendes Moment. Die in den deutschen Werken übliche Eintheilung in verschiedene Formen nach pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten verwirft der Verf. und begnügt sich mit Aufstellung von drei klinischen Formen der Endometritis: E. haemorrhagica; E. mucopurulenta; E. pyopurulenta, welchen er noch eine exfoliative Form zugesellt. — Unter den Folgezuständen betont er die Salpingitis, die eben so gut auf dem Kontinuitätswege wie auch auf dem Wege der Lymphkapillaren entstehen kann. — Die Arbeit berücksichtigt fast einzig die französische Litteratur.

Sack (Langensteinbach).

---

3) R. Pichevin (Paris). Über chirurgische Behandlung der chronischen Endometritis.

(Gaz. des hôpitaux 1890. No. 46. p. 421.)

P. polemisirt scharf mit zaghaften Chirurgen, die vor der Curette zurückschrecken und ihr illusorische Gefahren andichten. Auf Trélat's Erfahrungen sich stützend, erblickt P. in der Raclage das beste Mittel, um schwere Komplikationen, die früher als Kontraindikation galten, wie alle periuterine Entzündungen, Hydrosalpinx und puerperale schwere Septikämie, am sichersten zu heilen oder zu koupiren. Nur in den Fällen, wo die periuterinen Erscheinungen eine volle Selbständigkeit erlangt haben, könne die Curette Schaden anrichten.

Sack (Langensteinbach).

---

4) Merz. Chinin und Schwangerschaft.

(Bullet méd. de l'Algérie 1890. p. 111 und 164. — Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1890. No. 10.)

Die Schwangerschaft kann ihren normalen Verlauf nehmen trotz der Anwendung von Chinin und Frühgeburten werden andererseits beobachtet bei Frauen, welche niemals Chinin genommen haben, lediglich in Folge der Malaria, so dass Frühgeburten, welche im Verlauf der Malaria vorkommen, die Folgen dieser Krankheit selbst und nicht die des Chinin sein können, wahrscheinlich wegen der schädlichen Wirkung auf den Fötus. Das Chinin kann indess für sich in den ersten 3 Monaten die Schwangerschaft unterbrechen, in Folge der Uteruskontraktionen, welche es auslöst. Die Wirkung des Chinins in der Zeit vom 3. bis 6. Monat ist wenig gekannt, und man muss annehmen, dass es immer weniger schädlich wirkt in dem Maße, als das

Alter der Schwangerschaft und damit die Widerstandsfähigkeit des Eies zunehmen. Man muss daher mit der Darreichung von Chinin während der ersten 3 Monate sehr vorsichtig sein, abgesehen natürlich von den Fällen, wo die Malaria die Gesundheit und das Leben der Mutter ernstlich bedrohen. **K. Ruhemann** (Berlin).

---

5) **Dickinson.** Eine Schlinge für Zangenentbindungen.

(New York med. journ. 1890. April 5. p. 380.)

D. schlägt eine einfache Vorrichtung für den alleinstehenden Arzt bei geburtshilflichen Operationen vor, welche Assistenten außer den das Chloroform reichenden ganz entbehrlich macht. Er rollt ein Bettlaken zusammen und knotet es; diese feste und starke Schlinge legt er einerseits um den Hals der zu Operirenden, andererseits führt er sie unter den stark angezogenen Schenkeln in den Kniegelenken herum, welche in dieser Stellung vollkommen festgehalten werden. So wird eine Steinschnittlage hergestellt. **Lühe** (Königsberg).

---

6) **Berry Hart** (Edinburg). Das Wesen und Ziel der Untersuchungen über die anatomischen Strukturverhältnisse des weiblichen Beckenbodens.

(Edinb. med. journ. 1889. Juni.)

H. verbreitet sich im Wesentlichen in dieser Arbeit darüber, dass durch die neuest veröffentlichten Schnitte von Saexinger und Winter seine Ansicht von dem verschiedenen Verhalten der beiden Segmente des Beckenbodens (vorderes und hinteres) während der Geburt, d. h. Aufsteigen des vorderen, Herabsteigen des hinteren, gestützt werden. Bezüglich weiterer Einzelnheiten ist die Arbeit selbst einzusehen. **Zeiss** (Erfurt).

---

7) **Goelet.** Die Behandlung der Beckenhämatocele und des Hämatoms.

(Med. record 1890. März 8. p. 278.)

Unter Hämatocele versteht G. einen Bluterguss in das Beckenperitoneum, während das Hämatom einen Erguss in das Zellgewebe außerhalb des Peritoneums darstellt. Laparotomie ist nur berechtigt bei ersterer, wenn ein tödlicher Collaps droht. Im Übrigen genügt die Elektricität allen zu stellenden Anzeigen: 1) die Blutung zum Stillstand zu bringen, 2) so bald als möglich das ausgetretene Blut gerinnen zu machen und damit weiterem Austritt vorzubeugen, 3) Schmerzen und Entzündungen zu heben, endlich 4) die Aufsaugung zu bewirken und damit die Eiterbildung zu verhüten. Erreicht man alles Dies, so wird man zugleich die Behandlungsdauer abkürzen. Zu Anfang muss der positive Pol innerhalb der Scheide angewandt werden, etwa 2 Tage lang, indem er durch die sich an ihm sammelnden Säuren das Blut zur Gerinnung bringt und die Blutfülle der

Theile herabsetzt, mithin den ersten drei Indikationen genügt. Später dagegen ist der negative Pol wegen seiner stärkeren Wirkung auf die Wiederaufsaugung von der Scheide aus vorzuziehen, nachdem Kongestion und Schmerz verschwunden ist. Galvanopunktur darf nur mit dem positiven Pol vorgenommen werden, und zwar nur beim Hämatom, nie bei der Hämatocele. In Zeit von 8—10 Tagen wird die Aufsaugung beendet. Liegt aber schon Eiterung vor, so muss der Herd eröffnet werden, und zwar bei der Hämatocele durch einen Bauchschnitt, beim Hämatom von der Scheide aus.

Was die Stärke der Ströme betrifft, so beginnt G. mit 20—30 Milliampères und steigt allmählich bis 100. Je nach der Dringlichkeit des Falles werden täglich 1—2 Sitzungen abgehalten. Zur Galvanopunktur muss eine ganz dünne Nadel mit Platinspitze benutzt werden, die Stromstärke soll dann etwa 50 Milliampères entsprechen und die Anwendungsdauer 5—10 Minuten betragen. Die Nadel soll nur eben in die Masse eindringen, und erklärt sich G. die rasche aufsaugende Wirkung damit, dass er glaubt, die Masse selbst werde dann negativ elektrisch. **Lühe** (Königsberg).

---

8) **Delmis** (Paris). Über die Behandlung der Chlorose.

(Gaz. des hôpitaux 1890. No. 45. p. 417.)

Allen anderen Ferrumpräparaten stellt Verf. das Ferrum jodatum obenan. Andererseits weiß man, dass es ein sehr wenig beständiges Präparat ist. **Sack** (Langensteinbach).

---

9) **Johnson Symington** (Edinburg). Beitrag zur normalen Anatomie des weiblichen Beckenbodens.

(Edinb. med. journ. 1889. März.)

Gefrierschnitte durch das Becken von Nabelhöhe bis zum oberen Drittel der Oberschenkel einer Frau von 54 Jahren; durch 4 Frontalschnitte in der Richtung von oben nach hinten und unten erhielt S. 5 flache Platten. Der erste Schnitt geht durch Blase, Urethra, Scheideneingang, große und kleine Labien; der zweite, etwa 1 Zoll hinter dem ersten, durch Blase, Scheide, Mittelfleisch und das Fett der Ischiorectalräume; der dritte $1^1/_2$ Zoll weiter nach hinten, durch das hintere Drittel der Blase, den oberen Theil der Scheide, das Ende des Rectums und den ganzen Analkanal; der vierte Schnitt durch den 1. Sacralwirbel, durch die Sacro-Iliacalverbindungen, die Spin. ischii. und die Ligg. sacro-ischiatica; Uterus und Rectum werden von diesem Schnitte getroffen.

Die Blase ist gefüllt, Uterus in Retroversionsstellung und reklinirt.

Auf die Beschreibung der Einzelbilder auf den Schnitten kann hier nicht näher eingegangen werden; es muss auf die Arbeit selbst verwiesen werden. **Zeiss** (Erfurt).

---

10) Fournie (Lyon). Neue Untersuchungen über Asepsis.

(Lyon méd. 1890. No. 17.)

Um sterilisirte Verbandstücke dauernd aseptisch zu erhalten, hat F. folgendes Verfahren erprobt und für sicher erfunden. Die Verbandstücke werden auf ein dünnes Röhrchen, welches in der Mitte noch Öffnungen in der Wand hat, gerollt und dann mit einem eigens hierzu präparirten Papier umwickelt, welches in Rinnen an beiden Enden des Röhrchens zusammengeschnürt wird. So versehen, wird das Stück sterilisirt und dann das Röhrchen oben und unten mit einem kleinen Wattepfropf verstopft. Das Papier soll in Haltbarkeit, Widerstandskraft gegen Hitze, Chemikalien, Dehnbarkeit das Guttapertscha bei Weitem übertreffen. **Zeiss** (Erfurt).

Kasuistik.

11) Geburtshilflich gynäkologische Gesellschaft in St. Petersburg.

Sitzung am 15. März 1890.

Vorsitzender: Slawiansky; Sekretär: Strawinsky.

1) Stschetkin (Rjäsan, als Gast). Fall von Uterusexstirpation per laparotomiam während der Geburt wegen Riss des Scheidengewölbes und Austritt des Kindes in die Bauchhöhle. Der Riss trat bei einer Vpara mit engem Becken während des Verlaufs einer künstlichen Frühgeburt ein. Laparotomie 2 Stunden später. Die Blutstillung durch Unterbindung und Vernähung der Wundränder gelang nicht, daher wird unterhalb derselben eine elastische Ligatur angelegt, darüber abgeschnitten und der Stiel im unteren Wundwinkel befestigt. Pat. genas.

2) Sabolotsky theilt 4 Fälle von Hydrosalpinx mit, die mit allmählicher Erweiterung der Uterinhöhle durch Laminaria und Presschwamm behandelt wurden. Nur in einem Fall Auskratzung nach der Erweiterung. In allen Fällen in kurzer Zeit gute Resultate. S. empfiehlt die Methode als ungefährlich und wirksam und will sie vor der Salpingotomie jedenfalls versucht wissen.

Sitzung am 19. April 1890.

Vorsitzender: Krassowsky; Sekretär: Strawinsky.

1) Der Vorsitzende berichtet über den frühen Tod eines Mitgliedes der Gesellschaft, Dr. E. E. Makowezky. Die Gesellschaft ehrt das Andenken an den Verstorbenen durch Erhebung von den Sitzen.

2) A. J. Krassowsky hält als neugewählter Präsident eine Rede über ektopische Schwangerschaft, speciell die Diagnose derselben. Er hält alle Symptome für schwankende, auch die vielversprechende Wyder'sche Methode der mikroskopischen Untersuchung der Schleimhaut des Uterus könne noch nicht als unbedingt beweiskräftig gelten. Absolut sichere Diagnose gebe nur die Laparotomie, die zugleich die beste therapeutische Maßregel darstelle.

3) D. O. Ott demonstrirt 3 Präparate extra-uteriner Schwangerschaften, 2 Tubarschwangerschaften früher Perioden, 1 etwas ältere im rudimentären Uterushorn. Alle 3 Präparate sind durch Laparotomie gewonnen. Diagnose vor der Operation. Die Pat. genasen.

4) A. P. Rakejew (Pensa) hat eine Mittheilung eingeschickt über einen eisernen Ring, der mit einem Lappen umwickelt und mit Wachs übergossen einer jetzt 73jährigen Frau, die nie geboren hat, vor 33 Jahren wahrscheinlich wegen »Vorfall« in die Vagina eingeführt wurde und unangerührt daselbst gelegen hat. Erst vor wenigen Wochen traten Harnbeschwerden ein, wesshalb sie vergeblich den Ring zu entfernen versuchte. Derselbe hat 6,5 cm Durchmesser und eine Lichtung

von 2,5 cm. Irgend welche Verletzungen sind an den normalen, senilen Genitalien nicht zu finden.

5) A. W. Popow hat gemeinschaftlich mit der Ärztin Stoff die spontane Ausstoßung eines großen interstitiellen Uterusmyoms beobachtet. Der Tumor ist bei der 38jährigen Pat. im Laufe von 10 Jahren unter starken Blutungen gewachsen, bis er um $2^1/_2$ Fingerbreiten den Nabel überragte. Pat. hat Lungenentzündung und Endocarditis überstanden, und leidet an Insuffic. valv. bicuspidalis et hypertrophia cordis, wesswegen ein operativer Eingriff immer hinausgeschoben wurde. Ergotin subcutan, Elektricität etc. sind ohne Erfolg angewandt worden. Im Herbst 1889 erkrankte Pat. an der damals herrschenden Influenza, wobei sie wiederum einen Anfall von Pneumonie und Endocarditis hatte, was sie sehr herunterbrachte. Von Seite der Geschwulst weder Schmerz, noch Blutung, aber dieselbe wird auffallend weich und unter Abfluss einer Anfangs serösen, dann eitrigen Flüssigkeit verkleinert sie sich in wenigen Tagen bis auf weniger als die Hälfte. Darauf stieß sich allmählich die Geschwulst in grauen übelriechenden Stücken ab und Pat. erholte sich im Laufe zweier Monate ganz vortrefflich. — Demonstration eines großen Stückes und mikroskopischer Präparate.

6) K. J. Smigrodsky zeigt eine Dermoidcyste, die von Dr. Dombrowsky im Peter-Pauls-Hospital durch Laparotomie gewonnen wurde. Die 21jährige Pat. hat die Geschwulst seit 7 Jahren bemerkt, aber trotz steter Vergrößerung derselben keine Schmerzen gefühlt, auch sonst keine Störungen. Der Tumor nimmt die ganze Bauchhöhle ein, zeigt unten undeutliche Fluktuation, oben große, knochenharte Massen. — Bei der Operation war die Hervorwälzung des Tumors schwierig wegen seiner Größe, die sich durch mehrfache Punktionen nur wenig reduciren ließ. Resektion eines großen Stückes des mit dem Tumor verwachsenen Netzes. Der breite Stiel, vom linken Lig. lat. gebildet, wird in mehreren Partien unterbunden und versenkt. — Bemerkenswerth ist das Präparat. Eine multilokuläre Dermoidcyste von der Größe eines hochschwangeren Uterus. Der Inhalt der bis kindskopfgroßen Abtheilungen der Geschwulst enthielt seröse, oder colloide, oder dunkelbraune Flüssigkeit, andere »den gewöhnlichen Inhalt von Dermoidcysten«. Der in dem Tumor befindliche Knochen erinnert in auffallender Weise an ein menschliches Becken von 15 cm Durchmesser, und zwar an Hüftbeine, die in der Mitte durch eine ziemlich bewegliche Synchondrose verbunden sind. Die hintere Fläche der Synchondrose ist bedeckt von einem Sacke, der eine Menge kleiner Knochen enthält. Vom unteren Rande eines der großen, flachen Knochen geht eine Knochenbildung ab, die ganz an eine rudimentäre Rippe erinnert. — Eine genauere Untersuchung des Präparates steht noch aus.

---

12) **Balls-Headley** (Melbourne). Akute Peritonitis bei Frauen.

(Austral. med. journ. 1889. Juli 15.)

Verf. leugnet das Vorkommen einer idiopathischen Peritonitis. An über einem Dutzend mitgetheilten Fällen weist er nach, dass bei Frauen stets eine lokale Ursache, meist in den Genitalorganen liegend, vorhanden sei, bestehend im Erguss von Flüssigkeit aus Cysten oder Tumoren von Ovarien, Tuben oder sonst. Man solle daher bei Frauen mit akuter Peritonitis stets hiermit rechnen und so bald wie möglich die Laparotomie machen. **Zeiss** (Erfurt).

13) **Bársony** (Budapest). Ein Fall von veralteter Inversion des Uterus.

(Budapesti kir. Orvosegyesület 1890. März 29.)

B. demonstrirt einen 3 Monate alten Fall von Inversion des Uterus, entstanden bei einer IIpara nach einer, von einer Hebamme vorgenommenen gewaltsamen Entfernung der Nachgeburt. Die Inversion wurde von Prof. v. Kezmarsky erst 17 Tage lang mittels täglich erneuerter Kolpeuryse erfolglos behandelt, so dass schon an die Amputation des Uterus gedacht wurde; es gelang jedoch in der 18. Sitzung, indem die Pat. in Knie-Ellbogenlage gebracht und der Uterus mit ringsherum in das Scheidengewölbe eingeführten Jodoformgazestreifen unterstützt und so fixirt

wurde, den Kolpeurynther mit Erfolg anzuwenden. Die Reinversion ging in der folgenden Nacht (unter Schmerzen) vollständig von statten.

Temesváry (Budapest).

14) Maigrier. Hydrocephalus.

(Revue obst. et gynéc. 1890. April.)

Verzögerung der Geburt, nachdem von dem in Steißlage befindlichen Fötus der Rumpf geboren war; da die Hebamme trotz aller Anstrengungen den Kopf nicht zu extrahiren vermochte, wurde in der Anstalt Hilfe gesucht. Die Untersuchung ließ als Ursache der Geburtsstockung einen ca. 15 cm im Durchmesser haltenden Kopf erkennen. M. öffnete den Cervicalkanal und entleerte durch einen in das Cavum cranii eingeführten Katheter 1200 g Flüssigkeit, worauf die Geburt leicht beendet wurde.

Ein durch die vergeblichen Extraktionsversuche entstandener tiefer Einriss des unteren Uterinsegmentes wurde sorgfältig gereinigt und durch Jodoformgaze geschützt. Eisblase, Excitantien wurden verordnet und die Wöchnerin machte ein glattes Wochenbett durch.

Gewicht des 58 cm langen Fötus 4380 g; von den Kopfdurchmessern betrugen der occipito-mentale und der biparietale 16 cm, der bitemporale 14 cm.

Heyder (Leipzig).

15) K. Frank. Kasuistische Beiträge zu den Missbildungen der weiblichen Genitalorgane.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVIII. Hft. 2.)

Es wurden zwei in der Martin'schen Poliklinik operirte Fälle beschrieben, von denen der erste ein Mädchen betraf, welches bei völligem Mangel einer Scheide und eines Uterus, nur die Reste der Uterushörner und die normalen Uterusanhänge besaß. Pat. litt sehr unter Molimina menstrualia, unterzog sich desshalb der Kastration und wurde geheilt. Verf. führt noch 7 derartige Fälle mit den gleichen Beschwerden an und schließt aus ihnen, dass die Behauptung, beim Mangel des Uterus beständen durchaus oder meist keine Molimina, nicht mehr haltbar sei. Eben so verwirft er den Satz, dass die Menstruation ausnahmslos fehlt, behauptet aber andererseits, dass Menstruation bei Mangel der Ovarien oder nach Kastration fortbestehen kann. — Der 2. Fall behandelt eine Atresia hymenalis mit Hämatokolpos. An ihm ist nur bemerkenswerth, dass trotz des großen Tumors, der etwa 6 Liter Blut enthielt, nie Molimina menstrualia bestanden hatten.

Carlo (Göttingen).

16) C. Bottez (Jassy). Fehlerhafte Bildung des Anus.

(Bull. de la soc. des méd. et des Natur. de Jassy 1889. No. 4. p. 114.)

Kurze Beschreibung einer Atresia ani vaginalis bei einem 1jährigen Mädchen; trotz der operativen Hilfe kehrte der alte Zustand zurück.

Sack (Langensteinbach).

17) O. Küstner (Dorpat). Beitrag zur Therapie der Narbenstenosen der Vagina.

(Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVIII. Hft. 2.)

Nach K. sind Narbenstenosen der Vagina in Gegenden, wo es an ärztlicher Hilfe mangelt, nach Geburten fast so häufig, wie die Urinfisteln, sie kommen aber seltener und zwar erst dann zu Gesicht, wenn sie so hochgradig sind, dass der Coitus nicht mehr ausgeführt werden kann. Da es sich in diesen Fällen zumeist um Substansdefekte im subepithelialen Gewebe handelt, so führt einfaches Einschneiden der Narben oder stumpfe Dilatation nicht zu dauerndem Erfolge, sondern es kann nur eine plastische Operation helfen. Nach dem Vorgange Credé's (Archiv für Gynäkologie Bd. XXII. p. 229), der aus dem Labium majus ohne Zusammenhangstrennung transplantirte, versuchte er bei einer hochgradigen Stenose die Transplantation fremder Schleimhaut. Durch Zufall bekam er ein von einer Operation herrührendes Stück Dünndarm in 28° R. warmer, 0,6%iger Kochsalz-

lösung ganz frisch zugesandt, transplantirte sofort 2 daraus präparirte Schleimhautlappen, indem er sie auf die Stellen aufnähte, wo er die Narben vorher ausgeschnitten hatte und erzielte ein völliges Anwachsen. — Die Umwandlung der Darmschleimhaut in die der Scheide ging bald vor sich. — Wo die Lappen nicht ausgereicht hatten, blieb noch eine kurze Stenose, die er auf gleiche Weise durch Transplantation von Scheidenschleimhaut, die bei einer Colporraphia post. gewonnen war, zu heilen suchte. Diese veränderte Schleimhaut schien jedoch nicht geeignet zu sein: das Anheilen derselben gelang nicht. Nach $^5/_4$ Jahren löste er einen querverlaufenden, rechteckigen Lappen zungenförmig aus dem untersten Theil der hinteren Scheidenwand, da wo er früher die Darmschleimhaut eingeheilt hatte, und deckte damit die Anfrischung des Narbenrestes. Den neu gesetzten Defekt, der bis ins Vestibulum reichte, nutzte er so aus, dass er die Schleimhautränder vereinigte und damit ähnlich wie Lawson Tait den fehlenden Damm herstellte.

Carlo (Göttingen).

18) **Chambers.** Fall von Sarkom der Brustdrüse bei einem 4 Monate alten Mädchen.

(University med. magazine 1890. April. p. 376.)

Als das Mädchen 5 Wochen alt war, bemerkte die Mutter eine kleine Geschwulst in der rechten Brust, welche in den nächsten 3 Monaten bis zur Größe eines Hühnereies wuchs. Entzündungserscheinungen waren nicht vorhanden, eben so wenig Infiltration der Lymphdrüsen. Die Geschwulst wurde leicht ausgeschält, da sie eine fibröse Kapsel hatte, Heilung p. pr. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass es sich um Rundzellensarkom handelte. **Lühe** (Königsberg).

19) **Henske.** Retroversio et incarceratio uteri gravidi.

(St. Louis clinique 1890. März. p. 151.)

In einem Fall von eingeklemmtem retrovertirten schwangeren Uterus bestand schon Tage lang Harnträufeln und Retentio urinae, gänzliche Verstopfung und unstillbares Erbrechen. Alle Versuche, die stark gefüllte Blase mit dem Katheter zu entleeren, auch in Knie-Ellbogenlage, schlugen fehl, eben so auch alle Bemühungen, den Uterus zu reponiren. Bei der drohenden Sachlage sah sich H. vor die Wahl gestellt, entweder den Uterus, oder die Blase zu punktiren. Er zog letzteren Weg vor, in der Hoffnung, dass nach Entleerung der Blase die Reposition gelingen werde. Dies war aber nicht der Fall, und so war H. genöthigt, den Abort einzuleiten, was ohne Schwierigkeit durch Einführen einer Uterussonde gelang. Erst nach Ausstoßung der Frucht war die Reposition des Uterus möglich.

Lühe (Königsberg).

20) **Howard Kelley.** Über Hysterorrhaphie.

(Johns Hopkins Hospital Bulletin Baltimore 1890. Januar. p. 17.)

Die natürlichen Widerstände, welche den Uterus in seiner Lage halten, waren von unten der Beckenboden, von hinten die Ligam. sacro-uterina, von vorn die breiten Mutterbänder, Bei Erschlaffung des ersteren entsteht Vorfall, die Behandlung muss die Wiederherstellung des Beckenbodens erstreben, erschlaffen die Ligam. sacro-uterina, so sinkt der Cervix nach unten, demgemäß der Fundus nach hinten; hier werden Tampons oder Pessare, aber keine Operation am Platze sein. Wenn endlich die Lig. lata erschlaffen, so muss auch der Fundus nach hinten fallen; oft wird dann durch Tamponage oder Pessare gleichfalls Heilung erzielt werden, allein oft schlägt auch diese Behandlung fehl. Dann ist die Hysterorrhaphie am Orte. Die bisher von Olshausen, Sänger und Anderen, auch vom Verf. befolgte Methode der einfachen Anheftung der vorderen Uteruswand oder des Ligam. rotunda haben vielfach Fehlerfolge aufzuweisen, indem die Verwachsungen wieder erschlafften oder der Uterus nach rückwärts zurückfederte. K. hat daher eine neue Methode für die Operation ersonnen, mit welcher er sehr schöne Erfolge erzielt hat. Wenig über der Schamfuge wird ein 3—4 cm langer Schnitt in der Mittellinie gemacht. Dann werden jederseits im unteren Wundtheil durch das Periton. pariet. 3 Ligaturen geführt und vorläufig mittels Kornzangen festgehalten. Nun

suchen Zeige- und Mittelfinger den Uterus, richten ihn auf und bringen zugleich Eierstock und Eileiter einer Seite aus der Bauchwunde heraus. Sobald dieselben außerhalb erscheinen, werden die schon angelegten 3 Bauchfellnähte jede einzeln um das Lig. ovarii gerade in der Mitte zwischen Gebärmuttergrund und Eierstock geschlungen, wenn nöthig unter Führung einer Leitsonde, dann Alles zurückgebracht, wobei aber die Ligaturen vorerst noch nicht geknüpft sondern noch mittels derselben Kornzange festgehalten werden. Darauf wird an der anderen Seite eben so verfahren und so beide Lig. ovarii der Bauchwand genähert. Ehe die Nähte geknüpft werden, muss man sich noch einmal überzeugen, dass auch ja keine Darmschlingen oder Mesenterium mitgefasst sind oder vor der Gebärmutter liegen; dann erst werden die Nähte geknotet, kurz abgeschnitten und versenkt, schließlich die Bauchwunde geschlossen. Die sich bildenden Verwachsungen verhindern jedes Sinken des Grundes nach hinten, tritt aber ein Herabsteigen ein, so kann man ein Pessar tragen lassen, was zuweilen nöthig ist. Einige Abbildungen verdeutlichen die geschilderten Verhältnisse, mehrere Fälle beweisen die guten Erfolge.

In einem der Fälle fanden sich die Venen außerordentlich ausgedehnt, so dass sie sich als große blaue gewundene Stränge zwischen dem inneren Ende des Eileiters und dem runden Mutterband, außen unter dem Hilus des Ovarium bis zum Lig. infundibulo-pelvicum erstreckten. Wenn auch durch die Aufrichtung allein schon bessere Kreislaufverhältnisse hergestellt werden mussten, so schien doch durch die Größe der varikösen Ausdehnung an sich Grund zu Störungen gegeben. Daher wurden diese Venen mit besonderen Ligaturen abgebunden.

Lühe (Königsberg).

21) **Riedinger** (Brünn). Ein Fall von Schwangerschaft in der geschlossenen Hälfte eines Uterus bilocularis.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 45.)

Am 9. August 1888 wird die 29jährige K., die früher schon wegen Parametritis retrouterina und Dysmenorrhoe in R.'s Behandlung gestanden war, als Gebärende aufgenommen. Letzte Menses vom 24.—31. Oktober 1887; normaler Schwangerschaftsverlauf; Eintritt der Wehen am 280. Tage (6. August). Die Anfangs schwachen Wehen nahmen am folgenden Tage derart zu, dass es den Eindruck machte, die Geburt müsse bald vor sich gehen; der Untersuchungsbefund blieb aber negativ, was die Überbringung der Pat. in die Brünner Gebäranstalt veranlasste. Stat. praes. (9. August): der Bauchraum bis zum Proc. und dem rechten Rippenbogen von einen Tumor ausgefüllt, der sich bei der Palpation in nichts von einem normalen Uterus unterschied. Über dem linken Darmbeinteller der Kopf, rechts oben der Steiß, die deutlichen fötalen Herztöne in der Linea alba. Becken normal; das weiche Collum steht völlig im Beckeneingange. Bei Einführung der ganzen Hand (in Narkose) gelangt der Finger durch den eben für ihn offenen Halskanal von 4—5 cm Länge in eine über eigroße Uterushöhle, durch deren hintere dicke (ca. 1 cm) Muskelwand man einen harten Fruchttheil fühlen kann. Eine Kommunikation mit dem Fruchthalter besteht nicht, eben so wenig lässt sich der Fruchthalter von der explorirten Hälfte abgrenzen. Diagnose: »Schwangerschaft und Geburt in der geschlossenen Hälfte einer doppelt angelegten Gebärmutter«. Als am 7. Tage nach Geburtsbeginn (13. August) die kindlichen Herztöne etwas leiser wurden, Genitalbefund aber unverändert blieb, schritt R. bei vollkommenem Wohlbefinden der Frau zur Laparotomie. Großer Bauchschnitt, der Uterus wird fast in derselben Länge in situ eröffnet, leichte Entwicklung eines lebenden Knaben (4500 g, 54 cm). Während des Abnabelns wird der Uterus hervorgezogen, wobei die Placenta nach dem Duncan'schen Modus im Schnitte erscheint. Die rechten Adnexa gehen nahe dem Fundus ab, die linken etwa in der Mitte des Organs. Die kindskopfgroße eröffnete Uterushöhle endet nach unten ganz blind. Am oberen Rand der Gebärmutter ist keine Zweitheilung oder Delle wahrzunehmen. Erst nachdem der Schlauch angelegt und der Uteruskörper ziemlich hoch über ihm abgesetzt worden war, erscheint links vorn der Durchschnitt der etwa 2 cm im Durchmesser habenden offenen, rechts die atretische untere

handtellergroße Partie der geschlossenen Höhle. Die Zwischensubstanz zwischen beiden Höhlen ist sicher über 1 cm dick, der Querschnitt des Muskels überall von normaler Dicke. — Peritonealumsäumung unter dem Schlauche, Bauchnaht und Verband. Verlauf bis auf eine vorübergehende Temperatursteigerung am 3. Tage ungestört, am 17. Tage fiel der Stumpf ab, am 38. Tage post. operat. wurde die Frau mit benarbtem Wundtrichter entlassen. Mutter und Kind befinden sich seitdem wohl.

Da im rechten Ovarium (der atretischen Hälfte) sich ein Corpus luteum fand, so dürfte wohl sicher sein, dass eine äußere Überwanderung des Sperma stattgehabt hat. Wichtiger ist aber der anatomische Charakter des Fruchthalters und da Verf. eine uterointerstitielle, eine intra-murale Graviditāt und eine solche im rudimentären (äußerlich nicht abgrenzbaren) Horne ausschließen zu können glaubt, so erklärt er obigen Fall für eine »Schwängerung der atretischen Höhle eines bilokularen Uterus«.

Bezüglich des eingeschlagenen Heilverfahrens erklärt R., dass nur Porro übrig blieb, da beim gänzlichen Fehlen einer Trennung der beiden Uterushälften eine Amputation mit Naht im gesunden Muskel nicht durchführbar gewesen wäre, eine konservative Behandlung aber wegen der Unmöglichkeit, die geschwängerte Uterushöhle nach außen zu drainiren, ausgeschlossen erschien.

Torggler (Innsbruck).

22) v. Mars. Schräg verengtes Becken in Folge einer Fraktur. (Aus dem Laboratorium für pathologische Anatomie in Krakau.)

(Archiv für Gynäkologie Bd. XXXVI. Hft. 2.)

Zufällig wurde bei einer 50jährigen Frau, welche an Pneumonie gestorben war, eine Beckenanomalie gefunden, welche mehr ein anatomisches, bez. physiologisches, als ein klinisches Interesse hat, da die Frau niemals geboren hat. Die Person war vor 13 Jahren von den Trümmern eines einstürzenden mehrstöckigen Hauses verschüttet worden. Man fand eine Fraktur der Beckenknochen. Heilung nach 2 Monaten. Danach zeigten sich manche Unterschiede in der Stellung des rechten Darmbeines im Vergleiche zum linken und beim Einführen des Fingers in die Scheide war der enge Arcus ossium pubis hinderlich. Ein höckeriger Widerstand an der rechten und vorderen Seite der Scheide erschwerte das genauere Untersuchen.

An dem macerirten Becken fanden sich folgende Frakturen:

1) Das rechte Darmbein ist in vertikaler Richtung dicht neben der Articulatio sacroiliaca gebrochen.

2) Das rechte Schambein in seiner ganzen Länge und der aufsteigende Ast des rechten Sitzbeins sind in 2 breite Lamellen gespalten, welche in der Gegend des rechten Tuberculum ileopubicum durch einen Callus fest mit einander verbunden sind und nach links 3 cm weit klaffen.

3) Das linke Schambein ist in der Mitte des horizontalen Astes quer gebrochen.

Die entstandenen Verunstaltungen des Beckens werden vom Verf. z. Th. direkt auf das Trauma, z. Th. sekundär auf Muskelzug zurückgeführt, wobei die einzelnen in Betracht kommenden Muskelgruppen gesondert besprochen werden. 4 Abbildungen veranschaulichen die interessante Verschiebung der Knochentheile. Die Maße des schräg verengten Beckens sind mit großer Ausführlichkeit angegeben.

Pfannenstiel (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Breslau, Maxstraße 5 oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu Medicinischer Anzeiger und Titel und Register zu Jahrgang 1890.

41P

453

41A

453

41A

453

41A

453